EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr S. POZZI

AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROCA
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, ETC

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Boulevard Saint-Germain, 120

1895

NOMINATIONS

AU CONCOURS DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Externe des hôpitaux, 1866.
Interne, 1868.
Aide d'anatomie à la Faculté, 1871.
Lauréat des hôpitaux (accessit à la médaille d'argent, 1871; médaille d'or, 1872).
Agrégé à la Faculté, 1875.
Chirurgien du Bureau central, 1877.
Docteur en médecine, 1873 (lauréat de la Faculté, prix de thèse, médaille de bronze).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société anatomique.
— clinique.
— d'anthropologie (président en 1888).
— de médecine publique et d'hygiène professionnelle.
— de chirurgie (secrétaire en 1888 et 1889).
Membre de l'Association française pour l'avancement des sciences (secrétaire de la section d'anthropologie, 1873, 1874, et de la section des sciences médicales, 1878).
Secrétaire général du Congrès français de chirurgie (1885-94).
Lauréat de l'Institut (prix Godard, 1890).
Lauréat de l'Académie de médecine (prix Huguier, 1892).

ENSEIGNEMENT

Leçons d'anatomie et de médecine opératoire à l'École pratique, 1871-1874.
Remplacement du professeur Broca à l'Hôpital des cliniques (vacances de 1875, 1876 et 1877).
Remplacement du professeur Richet à l'Hôtel-Dieu, 1880.
Remplacement du professeur Verneuil à la Pitié, 1883.
Chirurgien de Lourcine, 1883. — Leçons cliniques chaque année.
Cours auxiliaire de pathologie externe à la Faculté de médecine. Semestre d'hivers. Année scolaire 1880-1881.
Cours complémentaire libre (gynécologie) à la Faculté de médecine. Semestre d'hiver 1887-1888.

FONCTIONS DIVERSES

Chirurgien des Asiles publics d'aliénés de la Seine, depuis 1878.
Chargé de missions scientifiques en Allemagne et Autriche-Hongrie (1886 et 1887).
Chargé d'une mission scientifique aux États-Unis d'Amérique à l'occasion de l'Exposition de Chicago, 1893.

SOCIÉTÉS SAVANTES ÉTRANGÈRES

Société d'anthropologie de Washington (membre honoraire, 1883).
Société des Sciences médicales de Bucarest (membre honoraire, 1887).
Académie de médecine de Rio-de-Janeiro (membre correspondant, 1889).
Société gynécologique britannique (membre honoraire, 1891).
Société d'obstétrique de Leipzig (membre correspondant, 1891).
Société gynécologique américaine (membre honoraire, 1891).
Société impériale de médecine de Constantinople (membre correspondant, 1891).
Académie royale des sciences de Lisbonne (membre correspondant, 1891).
Société médicale argentine (correspondant étranger, 1891).
Académie royale de médecine de Belgique (correspondant étranger, 1893).
Société de gynécologie de Chicago (membre honoraire, 1893).
Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin (membre honoraire, 1894).
Collège médico-chirurgical de Philadelphie (membre honoraire, 1895).
Association chirurgicale et gynécologique de Sud (États-Unis) (membre honoraire, 1895).

EXPOSÉ GÉNÉRAL

Avant de faire l'énumération de mes travaux, je veux dire en quelques mots dans quel sens ils ont été conçus.

Interne de Gallard, d'Alphonse Guérin, de Broca, de Richet, de Verneuil, de Gosselin, j'ai puisé dans l'enseignement de ces maîtres éminents, outre les notions de chirurgie générale, les idées particulières qui caractérisaient chacun d'eux.

J'étais aide d'anatomie pendant mon internat chez Broca et c'est peut-être à cela que je dus d'être choisi par lui pour collaborer à ses travaux relatifs à l'anthropologie. Cette collaboration eut pour moi divers avantages, entre autres de m'amener à rechercher sur le cadavre, plus qu'on ne le fait d'habitude, les types musculaires et viscéraux qui s'écartaient du type normal et qui, considérés comme des anomalies chez l'homme, se trouvaient être l'état normal chez certains animaux. Mon adjuvat fut donc pour moi d'un intérêt tout particulier et l'occasion d'un labeur considérable dont on trouvera les traces dans les bulletins de la Société d'anthropologie. C'est là que j'ai puisé le goût de l'anatomie comparée, qui m'a été si utile plus tard quand j'ai étudié le développement des organes génitaux de la femme pour rechercher les causes de leurs anomalies.

Chez Verneuil, j'ai appris à connaître ses opinions sur la pathologie générale chirurgicale, l'influence des états constitutionnels sur les lésions traumatiques, et j'ai recueilli dans son service plusieurs remarquables observations dont on trouvera plus loin l'indication bibliographique.

Lorsque je devins son interne, Alphonse Guérin n'avait pas encore imaginé le pansement ouaté, qui devait, deux années plus tard, donner de si beaux résultats pendant la guerre de 1870-1871 ; mais c'était alors un des rares chirurgiens qui s'occupaient d'une manière un peu spéciale des

maladies des organes génitaux de la femme, et j'ai reçu de lui, sur les divers procédés d'exploration de ces organes et sur l'étude de la pathologie féminine, des leçons qui m'ont été précieuses.

Mon internat chez Gallard a aussi développé mon goût pour la gynécologie.

A l'école de Richet et de Gosselin, chirurgiens habiles et cliniciens consommés, j'ai appris surtout à bien examiner le malade, à poser le diagnostic et le pronostic de la maladie, en m'efforçant d'acquérir à leur exemple cette dernière qualité qui sera toujours l'honneur des chirurgiens français.

Professeur agrégé et chirurgien du Bureau central, j'ai pu, jusqu'en 1883, dans les divers services où j'ai remplacé mes maîtres, m'exercer dans l'enseignement clinique et dans la chirurgie hospitalière. J'ai communiqué à la Société de chirurgie les faits les plus intéressants de ma pratique; d'autres ont été publiés dans la *Gazette médicale*, à laquelle je collabore depuis une vingtaine d'années.

Jusqu'alors j'avais fait, comme tous mes collègues, de la chirurgie générale; j'avais suivi assidûment la révolution que subissait la chirurgie grâce à la méthode antiseptique; j'en avais appliqué les divers procédés pendant mes remplacements à l'hôpital et j'avais même indiqué quelques modifications qui constituaient alors un notable progrès. A partir de 1883, je m'occupai plus particulièrement de la chirurgie gynécologique, une des branches de la chirurgie qui ont le plus bénéficié des améliorations produites par l'antisepsie.

Je puis dire que je suis entré dans cette voie tout à fait involontairement, par le hasard qui préside aux concours.

En effet, en 1875, la question qui m'échut comme sujet de thèse d'agrégation était : « De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des corps fibreux de l'utérus ». L'étude approfondie que je fis alors de cette question eut pour moi de grands avantages lorsque, quelques années plus tard, tous les chirurgiens voulurent appliquer les progrès de l'antisepsie aux opérations abdominales. Et lorsque, en 1883, la place de chirurgien de Lourcine devint vacante, je crus pouvoir l'accepter et m'abandonner plus spécialement à l'étude de la gynécologie.

Il y avait beaucoup à faire dans cette voie. Il y avait surtout à lutter contre l'idée de spécialisation qui, en France, a encore un sens défavo-

rable auprès de bons esprits, qui toutefois se font plus rares de jour en jour.

Rien de pareil au delà de nos frontières, et cela depuis longtemps. Il en est résulté que des hommes d'un grand mérite n'ont pas hésité à se consacrer tout entiers à l'étude d'une partie restreinte de l'art, comme les maladies des femmes.

Chez nous, l'abandon des anciens préjugés, à cet égard, se prononce de plus en plus. « La tendance moderne, a judicieusement dit M. Féréol à l'Académie de médecine, est toute aux spécialités, et il est déjà tard pour le reconnaître. La science est si vaste aujourd'hui que la division du travail s'impose comme partout ailleurs. Sans rien laisser perdre de notre ancienne valeur, et tout en conservant aux études encyclopédiques leur importance primordiale, sachons marcher dans les voies nouvelles. Nous y sommes engagés déjà. La récente mesure de la spécialisation des agrégés est un progrès indiscutable dans ce sens. Mais hâtons-nous, si nous voulons remonter au premier rang. »

La gynécologie pourrait être prise comme exemple, car elle n'a fait de grands progrès que depuis sa spécialisation à l'étranger.

Il y a vingt ans à peine, la chirurgie contemporaine s'était découragée et avait renoncé à l'action dans une très large étendue du domaine gynécologique. Elle laissait aux accoucheurs le soin de tous les accidents en rapport avec les couches ou les *suites de couches*, et aux médecins l'immense champ des métrites, presque tous les déplacements, les troubles nerveux réflexes, les inflammations périmétritiques, etc. Ainsi morcelée et démembrée entre chirurgiens, médecins et accoucheurs, la gynécologie était très loin de constituer une branche définie et distincte de l'art de guérir comme elle tend à le devenir aujourd'hui.

Depuis l'impulsion donnée par l'antisepsie, une sorte de mouvement de concentration s'est opéré, surtout à l'étranger ; ce mouvement a groupé et réuni dans les mêmes mains le traitement de toutes les maladies des femmes, devenues, pour la plupart, justiciables d'une intervention chirurgicale. Nous assistons, par suite, à une évolution qui, au delà de nos frontières, amène déjà la gynécologie tout entière dans le domaine de la chirurgie et engage certains chirurgiens à s'occuper exclusivement de cette branche de la science ainsi étendue. Il semble, d'après divers indices, que nous sommes destinés à voir bientôt chez nous se dessiner une évolution analogue. Outre la spécialisation des agrégés, à laquelle nous avons déjà

fait allusion, n'avons-nous pas vu, il y a quelques années, la Faculté de médecine de Paris, si hostile jusqu'alors au morcellement de la science, prendre elle-même l'initiative de la création d'une chaire d'ophthalmologie et d'une chaire des maladies des voies urinaires quand elles ont paru répondre à un réel besoin?

Un de mes principaux titres scientifiques est peut-être la création à l'hôpital Lourcine (aujourd'hui hôpital Broca), jusque-là si dédaigné par mes prédécesseurs, d'un service de gynécologie chirurgicale d'une activité très grande, et qui n'a pas peu contribué à la vulgarisation dans notre pays de cet enseignement spécial. Je n'en veux pour preuve que le grand nombre de thèses et de mémoires originaux dont les matériaux y ont été puisés pour mes élèves, et dont je donne l'indication au milieu de l'énumération de mes propres travaux.

J'ai montré, en ce qui me concerne, comment j'étais arrivé, après avoir commencé par être chirurgien général ou encyclopédiste, à m'occuper spécialement de la gynécologie. On ne s'étonnera pas dès lors de voir que la plus grande partie de mes travaux, dans ces dernières années, a été consacrée à ce sujet.

Mais je n'ai pas renoncé pour cela à me tenir au courant de la chirurgie générale, dont les progrès peuvent servir grandement à ceux de la chirurgie spéciale. Je puis, à ce propos, invoquer mes fonctions de secrétaire général du congrès français de chirurgie, et la part très grande que, de l'aveu de tous, j'ai eue dans la fondation de cette importante institution.

Qu'il me soit permis de revendiquer au nombre de mes titres scientifiques l'organisation de ce congrès. Elle a été une tâche assez lourde, surtout pendant les trois premiers congrès où les fonctions de secrétaire général ont compris des charges très multiples : perception de cotisations, chef du bureau des renseignements, comptable, trésorier, secrétaire général, parfois secrétaire et même expéditionnaire.

J'ai du moins la satisfaction de pouvoir constater le succès de cette œuvre, qui n'a plus maintenant rien à redouter de l'avenir, grâce à l'impulsion qu'elle a reçue à ses débuts et que continue mon dévoué successeur, grâce surtout aux nombreuses sympathies qu'elle a rencontrées auprès des chirurgiens français et étrangers amis de notre pays.

I. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE; ANATOMIE COMPARÉE ET ANTHROPOLOGIE

J'ai réuni dans cette division un certain nombre de travaux sur des points curieux d'anatomie normale ou anormale, rencontrés au cours de mes dissections, et pouvant intéresser aussi l'anatomie comparée et l'anthropologie. Beaucoup de pièces relatives à ces travaux ont été présentées à la Société anatomique, à la Société d'anthropologie, à celles de biologie ou de chirurgie et à l'Association française pour l'avancement des sciences. J'ai fait dessiner la plupart d'entre elles, dont les figures se trouvent dans les *Comptes rendus* ou *Bulletins* de ces sociétés.

1. Note sur une variété fréquente (anomalie réversive) du muscle court péronier latéral chez l'homme. (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, 1872, p. 269, 1 pl.)

Ce mémoire est le premier travail paru en France sur les anomalies musculaires envisagées au point de vue de l'anatomie comparative. Je l'ai complété plus tard par un second travail dont voici le titre :

2. De la valeur des anomalies musculaires au point de vue de l'anthropologie zoologique. (*Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, 1874, p. 581-587, 2 pl.)

Les principales anomalies réversives s'y trouvent décrites et figurées (planches lithographiées).

J'y établis qu'un grand nombre d'anomalies musculaires sont explicables par l'atavisme, mais qu'un grand nombre encore échappent à cette interprétation.

Ce mémoire a été le point de départ de tous les travaux similaires entrepris en France sur le même sujet par Ledouble, Chudzinski, Hervé, Poirier, et surtout Testut.

Je suis encore revenu sur ce sujet dans une discussion à la Société d'anthropologie, dont voici l'indication.

3. Sur les anomalies musculaires. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 1884, 3e série, t. VII, p. 364.)

4. Rapport sur le prix Broca, lu à la séance solennelle de la Société d'anthropologie, le 27 novembre 1884. (*Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 1884, p. 909.)

Ce rapport contient des considérations sur les anomalies musculaires à propos de l'ouvrage de M. Testut, auquel a été décerné le prix.

HERMAPHRODISME ET ORIGINE DE L'HYMEN

J'ai eu l'occasion d'observer chez une femme privée de vagin un hymen complet. J'ai ainsi été amené à rechercher si la relation d'origine, qui a été admise entre l'hymen et le vagin, existait réellement, et si au contraire l'hymen ne se développait pas indépendamment du vagin. J'ai rencontré cette membrane chez deux hypospades mâles (pseudo-hermaphrodites) et j'ai pu y déterminer ses relations avec la bride sous-pénienne qui représente chez eux une portion du corps spongieux de l'urèthre.

Les recherches auxquelles je me suis livré sur les sujets que j'avais à ma disposition, et l'étude du développement du sinus uro-génital chez l'embryon, m'ont amené à conclure que : 1° l'hymen est une dépendance de la vulve et non du vagin; il est formé aux dépens du sinus uro-génital qui forme aussi le très court *canal vestibulaire* qui constitue le seuil ou la marge du *canal vaginal*; 2° On ne saurait assimiler entièrement le bulbe du vagin au bulbe de l'urèthre chez l'homme; 3° L'hymen chez la femme est l'analogue du *veru montanum* et d'une notable portion du bulbe de l'urèthre chez l'homme; c'est le bulbe resté à l'état embryonnaire, non érectile et membraniforme à l'entrée du canal vestibulaire, vestige du canal uro-génital; 4° Le bulbe du vagin de la femme correspond à la portion la plus externe ou excentrique du bulbe de l'urèthre de l'homme, tandis que l'hymen correspond à la portion interne ou centrale de ce bulbe masculin qui est restée membraneuse chez le fœtus féminin et non érectilisée dans

une étendue considérable. La formation de l'hymen est donc due à l'exagération du travail d'*aplasie érectile* qui, chez l'homme, a laissé subsister le *veru montanum*; 5° La *bride masculine du vestibule* chez la femme, que j'ai décrite pour la première fois, est (avec le *réseau intermédiaire de Kobelt*) le vestige de la portion antérieure ou cylindroïde des corps spongieux primitifs, de même que l'hymen est le vestige de leur portion postérieure ou ovoïde. Ce sont véritablement l'un et l'autre des organes rudimentaires, ou pour mieux dire, des résidus d'un état fœtal. Cette conception rend parfaitement compte du polymorphisme et des proportions si variables de ces parties.

Voici l'indication de mes principaux travaux à cet égard :

5. Sur le sexe d'un hermaphrodite présenté par M. Magitot à la Société d'anthropologie. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 1881, p. 493, 494, 513, 557.)

6. Présentation d'un pseudo-hermaphrodite mâle (hypospadias périnéal). (*Bull. Soc. de biologie*, 8e série, t. 1, p. 42, 26 janvier 1884 et 16 février, p. 69 (Voir n° 9).

7. Homme hypospade considéré depuis vingt-huit ans comme femme (pseudo-hermaphrodite). (*Ann. de gyn.*, 1884, vol. 21, p. 257-268.)

Cet individu, portant des habits de femme et déclaré à l'état civil comme étant du sexe féminin était, en réalité un homme. Il y avait donc là matière à une intéressante discussion sur l'identité des pseudo-hermaphrodites. C'est pourquoi j'ai présenté le sujet à la Société de médecine légale et fait sur la question une communication dans la séance du 18 février 1884. (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 3e série, t. XI, p. 382.)

8. De la bride masculine du vestibule chez la femme et de l'origine de l'hymen, à propos d'un cas d'absence du vagin, de l'utérus et des ovaires chez une jeune fille et d'un pseudo-hermaphrodite mâle. (*Mém. Soc. de biol.*, 1884, p. 21, — *Gaz. méd. de Paris*, 23 février 1884, p. 85, et *Ann. de gyn.*, 1884, vol. 21, p. 268-283.)

9. Sur une particularité méconnue des organes génitaux externes de la

femme. (*Congrès intern. des sciences méd.* Copenhague, 1884, *Comptes rendus*, t. I, p. 67.)

Description de la bride masculine du vestibule chez la femme et de ses rapports avec l'hymen.

10. Note sur deux nouveaux cas de pseudo-hermaphrodisme. (*Gaz. méd. de Paris*, 1885, p. 109-112, et *Mém. Soc. de biologie*, 1885, p. 23.)

Observation I. — Pseudo-hermaphrodisme chez un jeune homme présentant un arrêt de développement des organes génitaux. Développement féminin des mamelles; vestiges de petites lèvres débordant le raphé scrotal. Atrophie générale des organes génitaux externes.

Observation II. — Pseudo-hermaphrodisme chez un homme adulte atteint d'hypospadias périnéal. Grandes lèvres, petites lèvres, hymen, vagin. Aspect clitoridien de la verge atrophiée. Testicules dans les grandes lèvres.

11. Pseudo-hermaphrodite mâle. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 1889, 4e série, t. XII, p. 602, 607.)

Description d'un nouveau cas étudié au triple point de vue anatomique, physiologique et psychologique.

12. Conditions anatomiques qui régissent la station bipède de l'homme. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 1884, p. 806, 807, 810.)

13. Appendice caudal. (*Bull. et mém. Soc. de chir.*, 1882, p. 61.)

Chez un malade auquel j'ai fait une résection de côtes, j'ai observé un appendice caudal renfermant un squelette osseux; en même temps existait vers la partie inférieure du sacrum une dépression cutanée ressemblant à un petit ombilic et d'origine congénitale.

14. Deux observations de fistules para-coccygiennes d'origine congénitale. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1882, p. 261-263.)

Ces observations sont dues à Mason Warren, qui n'en a pas compris la signification. Il s'agit de fistules avec tumeurs dermoïdes. L'auteur ne s'est pas rendu compte de leur étiologie véritable et semble attribuer une importance exagérée à la présence des poils. Il me semble que ceux-ci n'ont joué que le rôle de corps étrangers irritant la petite dépression ou cavité préexistante, qui sans cela aurait pu passer inaperçue. Mason Warren n'a vu que la cause occasionnelle et a méconnu la cause prédisposante, qui est en somme la principale.

15. Articles : Radius. — Radio-cubitales (articulations). — Radiaux (muscles). — Radial (nerf). — Radiale (artère). — Radiales (veines). — (*Dict. encycl. des sciences médicales*, 1874.)

16. Article Circonvolutions cérébrales du *Dict. encyclopédique des sciences médicales*, 1875, t. XVII, p. 339-389, 21 fig.

C'est le premier travail paru en France sur la morphologie du cerveau, depuis le fameux mémoire de Gratiolet. Il contient une description complète des circonvolutions cérébrales et de leurs variétés ou anomalies.

Parmi les points originaux, il faut signaler : 1° l'importance attribuée pour la première fois à la fixité de la circonvolution du corps calleux et à son prolongement sur le lobe temporal, ensemble auquel Broca devait plus tard assigner le nom de *lobe limbique* (cette circonvolution est désignée dans mon article sous le nom de *grande circonvolution commissurale*);

2° La substitution à la notion de *plis de passage*, de Gratiolet, de la notion de *circonvolutions de passage* ayant des connexions constantes;

3° L'indication de diverses anomalies *réversives* résultant soit d'un arrêt de développement, soit d'une déviation du développement de l'écorce cérébrale.

De nombreuses figures originales reproduisant des cerveaux d'imbéciles achèvent de faire de cet article un travail très personnel.

Il a servi de point de départ à toutes les études de morphologie cérébrale faites depuis dans notre pays et les dénominations nouvelles qui ont été indiquées ont depuis été acceptées par beaucoup d'auteurs (Broca, Gavoy, Kéraval, etc.).

17. Broca et la morphologie du cerveau. Introduction au t. V des *Mémoires d'anthropologie* de Broca. (*Revue scientifique*, 1888, t. XLI, p. 42-50, 14 fig.)

Résumé complet des travaux de Broca sur la morphologie cérébrale; les points originaux de ses recherches ont été mis en relief et groupés de manière à faire ressortir leur valeur.

18. Caractères distinctifs du cerveau de l'homme au point de vue morphologique (Conférence Broca, 1885). (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 1887, 4e série, t. XX, p. 784-802.)

Reproduction, avec quelques additions et modifications, du travail précédent.

19. Sur le cerveau d'une imbécile. (*Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 1874, 2e série, t. IX, p. 772-795, avec fig., et *Revue d'anthrop.*, 1875, p. 193.)

Description complète d'un cerveau présentant divers arrêts de développement et anomalies intéressantes au point de vue de l'ontogénie et de la philogénie. Nombreuses figures.

20. Le poids du cerveau suivant les races et suivant les individus. (*Revue d'anthrop.*, 1878, p. 277.)

J'ai insisté sur ce fait que le poids du cerveau n'était qu'un des facteurs dans l'étude de la valeur cérébrale, et qu'il fallait faire intervenir à côté de lui le facteur morphologie et le facteur structure.

21. Rôle du cerveau sur la motilité. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 1882, p. 101, 201, 204.)

22. Mémoires sur le cerveau de l'homme et des primates, par P. Broca. Publiés avec préface et notes par S. Pozzi. Paris, Reinwald, 1888, in-8, 840 pages et 93 figures.

Outre une introduction déjà signalée (voir plus haut, n° 17), ce volume contient un complément rédigé par moi, relatif au cerveau schématique, travail qui avait été laissé incomplet par Broca.

23. L'expression des émotions chez l'homme et les animaux, par Ch. Darwin, trad. en collaboration avec le Dr René Benoit, 1 vol. in-8° de 404 pages, Paris, Reinwald, 1874; 2e édit., 1877.

24. Art. Crane du *Dict. encycl. des sciences médicales*, 1879, t. XXII, p. 579-497, 69 fig.

Description complète du crâne au point de vue anatomique, embryologique et avec de nombreuses applications à l'anthropologie, à l'anatomie comparée et à la chirurgie.

Parmi les points originaux, je signalerai : les sutures anormales des pariétaux; la description du développement de ces os en rapport avec les trous pariétaux et l'incisure pariétale; la description de l'apophyse jugulaire chez l'homme; celle des diverses variétés d'os épactal; la classification des os wormiens en suturaux et fontanellaires; la détermination d'une nouvelle fontanelle ou orbitaire entre le frontal, l'os planum et la petite aile du sphénoïde. Considérations sur les fontanelles anormales et description de nouveaux os wormiens fontanellaires. Rapports du crâne et du cerveau chez l'adulte, avec déductions sur la trépanation guidée par les localisations cérébrales.

25. La craniologie ethnique, d'après MM. de Quatrefages et Hamy. (*Revue scient.*, 1882, t. XXX, p. 776 et 1883, t. XXXI, p. 48.)

26. Note sur les lobes surnuméraires du poumon droit de l'homme et en particulier sur une anomalie réversive. (*Rev. d'anthrop.*, 1872, p. 443-451, 2 fig.)

Ce mémoire a principalement pour objet la description d'un cas jusqu'alors unique

d'anomalie réversive du poumon droit de l'homme, caractérisée par l'existence du petit lobe, dit *lobus impar* ou *azygos*, que l'on rencontre chez les quadrupèdes, conséquence et indice de l'attitude horizontale du corps.

A cette occasion, j'ai récapitulé les diverses anomalies du poumon signalées par les auteurs et en particulier le lobule dit de la veine azygos (qu'il ne faut pas confondre avec le lobe azygos).

27. Rapport sur un travail de M. Testut. L'apophyse sus-épitrochléenne considérée au point de vue chirurgical. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, 330-335.)

28. Tracé sphygmographique pris en ballon à une hauteur de 2500 mètres. (*C. R. Soc. de biol.*, Paris, 1885, p. 106.)

Cette observation, qui montre les effets d'une brusque décompression sur le tracé sphygmographique, est la première de ce genre qui ait été recueillie et publiée.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

J'ai présenté à la Société anatomique, pendant mon internat, un certain nombre de pièces recueillies chez des malades morts à l'hôpital. Presque toutes offraient des particularités remarquables, que l'on trouvera dans la description que j'en ai faite dans les Bulletins de la Société.

A côté de ces travaux doivent prendre place quelques notes présentées aux Sociétés d'anthropologie et de chirurgie sur des arrêts de développement et divers cas pathologiques, dont je ferai ensuite l'énumération.

29. Cancer de l'os frontal. (*Bull. Soc. anat.*, 1868, p. 376.)

Pièce provenant d'un vieillard mort de cancer du foie. Elle formait une de ces tumeurs qu'on range à tort habituellement parmi les fongus de la dure-mère; elle avait pris manifestement naissance dans le diploé. Elle reposait sur la face externe de la dure-mère, à laquelle elle était adhérente; mais il n'existait entre elles que des relations de voisinage. La tumeur formait dans la boite crânienne une saillie du volume d'une noix. Le lobe frontal gauche était sensiblement déprimé; cependant on n'avait noté aucun trouble des fonctions cérébrales; une compression même assez forte, opérée sur la tumeur, ne produisait pas de troubles nerveux.

30. Ulcérations tuberculeuses de l'estomac et de l'intestin chez un phthisique. (*Bull. Soc. anat.*, 1868, p. 386.)

Malgré les altérations de l'estomac, qui sont extrêmement rares en pareils cas, le malade n'avait jamais eu de vomissements, sauf ceux qui étaient provoqués par les quintes de toux.

La nature tuberculeuse des ulcérations ne peut être douteuse, l'examen microscopique ayant été fait par M. Cornil.

31. Rupture de l'artère fémorale par contusion de la cuisse, attrition du bout supérieur, arrachement du bout inférieur. (*Bull. Soc. anat.*, 1868, p. 552.)

Pièce curieuse par ce fait que la lésion de l'artère tenait à la fois du broiement et de l'arrachement. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie notable, mais gangrène du membre. Le bout supérieur de l'artère était terminé en massue et ressemblait à celui d'une artère sectionnée par une balle.

Broca pratiqua l'amputation de la cuisse au tiers supérieur. Le malade mourut huit jours après, d'accidents pyohémiques ayant probablement pour origine une phlébite de la saphène interne qui était remplie de pus, ainsi qu'une de ses collatérales.

32. Double anévrysme du ventricule gauche. (*Bull. Soc. anat.*, 1869, p. 325.)

33. Compression du canal cholédoque et de la veine porte par les ganglions hypertrophiés. (*Bull. Soc. anat.*, 1870, p. 277.)

Les ganglions affectés étaient les ganglions *sus-aortiques* (Sappey). Leur altération était une hypertrophie simple. J'ai cherché vainement un cas analogue dans les auteurs, en particulier dans Frerichs et dans les *Bulletins* si riches de la Société anatomique.

La cause en était probablement un catarrhe gastro-intestinal de longue date, de nature alcoolique.

34. Pelvi-péritonite suppurée. (*Bull. Soc. anat.*, 1871, p. 105.)

Les fausses membranes avaient déterminé une obstruction de l'S iliaque et le pus, renfermé dans deux poches distinctes mais communiquant entre elles, s'était fait jour à travers les parois du rectum.

35. Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. (*Bull. Soc. anat.*, 1872, p. 10.)

Le rétrécissement était infranchissable pendant la vie et après la mort, et je fis observer que la réduction considérable du volume de l'estomac aurait rendu difficile, sinon impossible, la gastrostomie.

36. Hernie mésentérique ancienne; entérocèle récente étranglée; persistance des symptômes d'étranglement après l'opération par suite d'un renversement de l'intestin sous le repli mésentérique. (*Bull. Soc. anat.*, 1872, p. 14.)

37. Kystes entourant l'utérus. Ponction; péritonite. Mort. (*Bull. Soc. anat.*, 1872, p. 42.)

Quatre poches kystiques existaient autour de l'utérus, et d'après leur disposition, une ponction, que MM. Labbé et Richet avaient sagement refusée, n'était pas praticable.

38. Hernie diaphragmatique gauche, congénitale, sans sac, comprenant le lobe gauche du foie, l'estomac, la rate, le pancréas, l'intestin grêle, et le gros intestin jusqu'au côlon descendant. Atrophie du poumon gauche. Déplacement du cœur à droite. (*Bull. Soc. anat.*, 1872. p. 90.)

39. Chondrome primitif d'un ganglion sous-maxillaire. (*Bull. Soc. anat.*, 1872, p. 251.)

40. Myxome polypeux ulcéré de la narine droite, induré, simulant un polype fibreux. (*Bull. Soc. anat* , 1872, p. 359.)

41. Sur la décoloration de la peau chez les nègres sous l'influence du climat et de la maladie. (*Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 2e série, t. VII, p. 815-817, 1872.)

42. Sclérème de la peau des membres inférieurs. (*Bull. Soc. anat.*, 1873, p. 879.)

La jambe était transformée en une sorte de carapace avec plaques calcaires, ossiformes. Il y avait d'anciennes varices et de l'athérome artériel.

43. Lésions produites par une balle de revolver. Plaie pénétrante de poitrine; blessure du poumon sans pneumothorax, sans emphysème et sans hémoptysie. Concrétions ossiformes de la plèvre simulant une fracture des côtes. Péricardite suppurée. Mort. (*Bull. Soc. anat.*, 1873, p. 749.)

44. Lipome polypeux de la région mammaire. (*Bull. Soc. anat.*, 1880, p. 640.)

45. Angio-lipome de la paume de la main. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1882, p. 621.)

46. Sur les arrêts de développement. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1882, p. 240, 242.)

Sur l'étiologie du spina bifida et du sternum bifidum, à propos d'une communication de M. le professeur Lannelongue. Je pense que ces malformations sont le résultat d'un arrêt de développement dû à l'adhérence des membranes de l'œuf.

47. Revue critique sur les altérations séniles du crâne. (*Revue d'anthropologie*, 1872, p. 93, 106.)

48. Sur la sclérose des circonvolutions cérébrales chez les aliénés et en particulier sur une forme nouvelle (cirrhose atrophique granuleuse disséminée (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 1882, 2e sér. T. V, p. 350-373, et l'*Encéphale*, 1883, p. 155.)

Description détaillée d'un cas jusqu'alors unique de cirrhose atrophique cérébrale; il m'a paru que cette lésion n'était que le dernier terme de celle qui avait été décrite par Bourneville et Brissaud sous le nom de *sclérose tubéreuse*.

III. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE

J'ai rangé sous cette dénomination un certain nombre de faits dans lesquels une blessure, survenue chez les sujets atteints d'une maladie grave, chronique le plus souvent, d'une dégénérescence, d'une altération quelconque des organes internes, avait paru être influencée de diverses manières par l'état général.

Ces faits confirment les opinions que M. Verneuil, dans le service duquel plusieurs d'entre eux ont été recueillis, a émises au sujet de l'influence des états constitutionnels ou organiques sur la marche des lésions traumatiques ou autres.

49. Érysipèle, phlegmon sous-péritonéal; phlegmon sous-trapézien. Mort. Dégénérescence graisseuse complète du foie et des reins par septicémie chirurgicale. (*Bull. Soc. anat.*, 1873, p. 127.)

La communication de ce fait, recueilli dans le service de Gosselin, a été le point de départ d'une longue discussion à laquelle ont pris part MM. Cornil, Magnan, Duguet, Trélat, Verneuil, Ranvier, etc. On y a examiné en particulier le rôle de la septicémie et des suppurations prolongées dans la dégénérescence graissense du foie et des reins.

Ce fait peut être rapproché du suivant, que j'ai observé dans le service de M. Verneuil.

50. Dégénérescence aiguë du foie et des reins causée par la septicémie; fracture comminutive de la jambe gauche compliquée de plaie; érysipèles successifs ; mort au bout de cinq mois. (*Bull. Soc. anat.*, 1874, p. 775.)

Ces deux observations, ainsi que d'autres prises dans la littérature médicale, ont fait le sujet de la thèse inaugurale de M. le docteur Henri Cazalis : *De la dégénérescence amy-*

loïde et de la stéatose du foie et des reins dans les longues suppurations et dans la septicémie chirurgicale, Paris, 1875.

51. Épithélioma du pied chez un individu atteint de psoriasis. (*Bull. Soc. anat.*, 1874, p. 587, 588.)

Exemple de la transformation d'une lésion antérieure, psoriasis, en épithélioma. Le sujet avait des lésions multiples de la peau et des ongles; il était donc prédisposé aux affections du système épithélial et la plus légère circonstance a pu éveiller la prédisposition.

52. Récidive de cause interne (phthisie aiguë) d'une ancienne affection osseuse. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 775.)

L'affection osseuse était guérie depuis longtemps lorsque survint la phthisie, sous l'influence de laquelle la lésion antérieure s'enflamma de nouveau. C'est un exemple de l'influence d'un état pathologique sur un *lieu de moindre résistance*.

Le fait suivant rentre dans la même catégorie.

53. Accroissement aigu, sous l'influence d'un état général grave, d'une tumeur datant de plusieurs années. (*Gaz. méd. de Paris*, 1878, p. 59.)

Il s'agit d'une tumeur du sein, à marche très lente pendant plusieurs années, et qui prit un accroissement rapide après une fièvre muqueuse. Dix ans avant celle-ci, des attaques d'hystérie avaient déjà fait augmenter sensiblement la tumeur. C'était un sarcome globo-cellulaire (Virchow) dont l'ablation fut un peu difficile à cause de sa grande vascularité.

La cicatrisation a été très longue à se faire complètement.

54. Attaque de rhumatisme après une opération de circoncision. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1883, p. 911.)

Exemple d'un rappel de diathèse ou plutôt de l'éveil d'une diathèse jusque-là latente, sous l'influence du traumatisme. Un enfant de huit ans, fils d'une mère rhumatisante, fut pris, deux jours après la circoncision, d'une attaque de rhumatisme généralisé.

Voici, par contre, un fait dans lequel une amputation de cuisse chez un phthisique atteint de tumeur blanche tuberculeuse type du genou a enrayé pendant quelques mois la marche de l'affection pulmonaire :

55. Amputation de cuisse chez un tuberculeux, influence favorable. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1883, p. 324.)

56. Observations pour servir à l'étude des indications et du pronostic opératoire chez les aliénés et en particulier chez les paralytiques généraux. (*Gaz. méd. de Paris*, 1880, p. 145.)

Chez deux malades, une amputation a été pratiquée; le premier, alcoolique chronique, a subi la désarticulation tarso-métatarsienne; le second, paralytique général, l'amputation sus-malléolaire. Chez l'un et l'autre, la réunion primitive a été obtenue.

On peut donc conclure de ce double fait que la réunion primitive peut être tentée et obtenue facilement chez les aliénés, et même chez les paralytiques généraux.

Il en a été de même dans le cas suivant :

57. Fracture de la rotule chez un aliéné; suture osseuse; guérison. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1883, p. 826, 846, 936.)

J'ai pratiqué dans ce cas la suture primitive parce que l'agitation extrême du blessé avait rendu impossible toute espèce d'appareil contentif; mais je suis hostile en principe aux interventions hâtives dans les fractures de la rotule; je réserve la suture pour les cas tardifs où il s'agit de remédier à une infirmité bien constatée.

58. La syphilis chez le singe. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 1883, p. 202.)

Exposé de diverses expériences d'inoculations paraissant positives, faites par M. Martineau.

IV. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE

59. Érysipèle du pharynx, *in* Schlumberger. Thèse de doctorat, Paris, 1872.

Documents pour servir à l'histoire de l'érysipèle du pharynx et des voies respiratoires. Cette thèse contient plusieurs observations que j'ai recueillies pendant mon internat, et qui sont à peu près les seules inédites de cet excellent travail.

60. Études sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur ou fistules pelvi-rectales supérieures. (Thèse de doctorat, Paris, 13 mars 1875.)

Cette variété de fistule est assez rare. En 1820, Ribes, dans un mémoire resté classique, démontrait que, contrairement à l'opinion de ses prédécesseurs qui allaient chercher très haut l'orifice interne des fistules, cet orifice ne se trouvait jamais à plus de cinq ou six lignes au-dessus de l'anus. Par une conséquence dont l'histoire de la science nous donne de nombreux exemples, une réaction exagérée contre la doctrine ancienne semblait depuis lors avoir fait méconnaître les fistules à trajets élevés. Aussi la plupart des livres didactiques ou des monographies qui traitent des fistules à l'anus omettaient-ils plus ou moins complètement les fistules profondes. Parmi celles-ci, il faut distinguer soigneusement celles où le trajet est *sous-muqueux*, dû à un simple décollement secondaire de la membrane interne de l'intestin, et celles où le trajet est *extra-rectal*, si bien que ce sont des fistules para-rectales plutôt que des fistules à l'anus. Il y a là un type anatomique et clinique très distinct qui n'avait pas jusqu'alors été l'objet d'une description. Celle que j'ai entrepris de donner est faite d'après les leçons de mon maître le professeur Richet.

Ayant eu l'occasion d'en voir plusieurs cas pendant mon internat chez M. Richet, j'ai cherché dans la littérature les faits publiés, et montré que ceux-ci étaient assez nombreux pour permettre de faire une étude d'ensemble de cette affection.

Ces fistules ont pour point de départ une inflammation primitive ou secondaire du tissu cellulaire qui remplit l'espace pelvi-rectal supérieur, entre le releveur de l'anus et le péritoine; elles sont remarquables non seulement par la situation de leur orifice et la longueur de leur trajet, mais encore par l'ampoule terminale creusée par le pus au-dessus du releveur de l'anus. Les tissus qui entourent ce trajet et cette ampoule sont parfois très

indurés, épaissis, sillonnés de trajets multiples, de manière à figurer une tumeur de mauvaise nature. Dans les fistules pelvi-rectales supérieures, le trajet traverse le releveur de l'anus et la tumeur, sillonnée de conduits irréguliers, creusée de petits clapiers, est située au-dessus de ce muscle. Le trajet principal est parfois très sinueux, mais le plus souvent rectiligne, et passe en dehors des sphincters ou tout au moins du sphincter interne; l'orifice interne paraît manquer le plus souvent et la fistule est borgne externe.

Ce genre de fistule est très rare dans le sexe féminin, alors que les fistules anales ordinaires se montrent à peu près aussi souvent chez la femme que chez l'homme.

La grande quantité de pus fournie par la fistule est un des signes particuliers des fistules pelvi-rectales supérieures; cette quantité est médiocre lorsque le malade est couché; se lève-t-il, il est bientôt inondé de pus, car la poche terminale se vide alors sous l'influence de la pesanteur. Le pus est souvent très fétide.

Le pronostic est infiniment plus sérieux que celui des fistules anales ordinaires, à cause des accidents à craindre dans les opérations nécessitées pour le traitement : hémorrhagie, blessure du péritoine, etc. La méthode de pincement est celle qui semble mettre le mieux à l'abri de ces accidents.

61. Tumeurs de la marge de l'anus consécutives à des fistules. Opération, guérison. (*Bull. Soc. anat.*, p. 305.)

Observation, rapportée plus tard dans ma thèse, de fistules multiples entourées d'un tissu induré formant une véritable tumeur. — L'étude histologique de la tumeur et des trajets fistuleux m'a permis de mettre en lumière quelques particularités intéressantes.

62. Art. Fistule du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 4e série, t. II, p. 325-345, 1878.

J'ai exposé dans cet article la physiologie pathologique des fistules, qui doit servir de base à leur classification et aux indications du traitement.

J'y ai donné aussi une classification des fistules, que j'ai divisées en : Fistules par défaut (ou absence) de cicatrisation ou *par cicatrisation déficiente*; et en Fistules par *cicatrisation défectueuse*.

Cette classification a été adoptée depuis par plusieurs auteurs (Kirmisson, etc.).

J'ai reproduit en partie ces considérations générales dans l'article suivant.

63. Remarques sur la pathogénie des fistules en général. (*Gaz. méd. de Paris*, 1877, p. 585, 598, 610.)

64. Considérations sur le siège et la classification des lipomes, *in* Descamps. (Thèse de doctorat, Paris, 1873.)

Pendant mon internat chez le professeur Gosselin (1873), j'avais été témoin plusieurs fois d'incertitudes dans le diagnostic topographique des lipomes; je pensai que la prin-

cipale difficulté venait de ce que, dans l'étude de ces tumeurs, on n'avait pas assez tenu compte de leur siège anatomique. Partant de cette idée que chacun des *organes premiers* graisseux de Bichat peut devenir le siège de lipomes qui empruntent à ce seul fait des qualités très dissemblables, je fis faire à mon élève et ami Descamps des recherches dans le but de vérifier la justesse de cette manière de voir. Je lui inspirai donc la classification suivante basée sur celle du tissu adipeux :

1° Lipomes du pannicule adipeux sous-cutané;

2° Lipomes du tissu adipeux d'interposition ou d'enveloppe.
- Lipomes sous-muqueux;
- — du tissu d'interposition, musculaires, osseux, nerveux et vasculaires;
- — articulaires;
- — des cavités viscérales (crâne, péritoine, plèvre, enveloppe du rein).

3° Lipomes du tissu adipeux de constitution.
- Lipomes musculaires (langue);
- — intra-glandulaires;
- — osseux.

On peut tirer du siège anatomique des lipomes des conclusions très utiles pour le pronostic et l'intervention chirurgicale.

Ces idées ont été reprises dans un rapport que j'ai présenté à la Société de chirurgie sur un travail de M. Cauchois, et dont voici l'indication :

65. Rapport sur un lipome de la langue. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1883, p. 572.)

66. Sur les causes de la mort subite dans l'extirpation des polypes naso-pharyngiens et sur le pronostic de cette opération. (Compte rendu de l'*Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, congrès de Lille, 1875, p. 855.)

Une observation recueillie dans le service de mon maître le professeur Verneuil a servi de point de départ à cette note.

Un jeune homme, atteint de polype récidivé naso-pharyngien, fut opéré sans grande perte de sang et présenta après l'opération trois syncopes successives, dont la dernière fut mortelle. A l'autopsie, on trouva la base du crâne perforée ainsi que la dure-mère, par un prolongement du néoplasme qui soulevait le cerveau.

Voulant savoir s'il fallait attribuer la mort à la présence d'un prolongement du polype dans le crâne ou à la perte de sang survenue au cours de l'opération, je fis au sujet du premier point des recherches bibliographiques, et au sujet du second quelques expériences sur les animaux.

Mes recherches me firent trouver plusieurs cas dans lesquels l'ablation de polypes naso-pharyngiens envoyant des prolongements dans le crâne avait été suivie de mort rapide, sans qu'il y eût eu une perte de sang notable pendant l'opération.

Mes expériences, faites en ouvrant la carotide et la fémorale de divers animaux, m'ont démontré que la mort était plus rapide dans le premier cas que dans le second. J'ai donc

pensé que l'hémorrhagie par la carotide, en soustrayant dans le champ qu'elle alimente une quantité de sang même minime, pouvait déterminer par cette *saignée bulbo-cérébrale* une syncope mortelle.

En résumé, la syncope, accident fréquent dans les opérations de polype naso-pharyngien en l'absence de toute hémorrhagie sérieuse, peut être attribuée aux causes suivantes : 1° le rétrécissement de la cavité crânienne par la destruction plus ou moins avancée de la base du crâne, circonstance dont le diagnostic est le plus souvent impossible; 2° la brusque soustraction d'une certaine quantité de sang aux organes encéphaliques, et en particulier au bulbe. Suivant que ces causes agiront avec plus ou moins d'intensité, la syncope sera passagère ou mortelle.

Incidemment, j'attirai l'attention des chirurgiens sur la gravité si spéciale des hémorrhagies carotidiennes, qui peut, sans doute, se manifester en d'autres circonstances, et produire seule des accidents hors de proportion avec la quantité de sang répandu.

Le pronostic des opérations pratiquées pour les polypes naso-pharyngiens doit être plus réservé qu'on ne le pense généralement. Une mort rapide peut les terminer, alors même que le sujet paraissait être dans d'excellentes conditions et n'avait présenté aucun trouble cérébral antérieur.

Le chirurgien évitera soigneusement tout ce qui peut prédisposer à la syncope. Il opérera le malade couché, et de préférence sans anesthésie. Les méthodes rapides, créant une large voie par où l'extraction peut être obtenue avec promptitude et terminée sans longue effusion de sang, seront préférées aux méthodes plus parcimonieuses, mais d'une exécution plus lente. M. Verneuil avait déjà formulé cette conclusion une dizaine d'années auparavant.

67. Sur l'ostéite déformante ou pseudo-rachitisme sénile. (*Congrès français de chirurgie*, 1re session, 1886, p. 631-642.)

Cette affection a été décrite pour la première fois en 1876 par sir James Paget; depuis d'autres faits du même genre ont été publiés, mais il n'existait en France de document à cet égard qu'une très courte notice qui lui a été consacrée dans l'*Encycl. intern. de chirurgie*, par Ashhurst, et aucune observation n'avait été recueillie en France, ou n'avait reçu, dans notre pays, sa véritable attribution. C'est ce qui m'a engagé à rapporter au congrès trois faits nouveaux, dont l'un, accompagné de figures, m'est personnel, et les deux autres m'ont été communiqués obligeamment par le professeur Ollier.

Ces trois observations, sans offrir un tableau complet de la maladie osseuse de Paget, suffisent pour en donner une idée, comme nous l'avons montré dans le résumé que nous en avons présenté. Malheureusement, si l'on peut tracer le tableau clinique de l'affection, les lésions n'ont rien de caractéristique; elles semblent se rapporter à l'ostéomalacie. L'étiologie est tout aussi vague, et la nature de l'affection reste très obscure. On n'est pas plus avancé, d'ailleurs, au point de vue du traitement.

Paget a décrit cette affection sous le nom d'*ostéite déformante*; Ollier, sous celui d'*ostéomalacie locale*; Vincent propose celui d'*ostéomalacie hypertrophique bénigne*; j'ai indiqué celui de *pseudo-rachitisme sénile*, qui rappelle à la fois l'aspect le plus frappant des membres atteints et l'étiologie particulière du mal; mais peut-être vaut-il mieux s'en tenir au terme proposé par Paget.

68. Ectasie anévrysmoïde interne de l'artère radiale consécutive à une brûlure; note pour servir à l'histoire des lésions vasculaires dans les brûlures. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1875, p. 253-259, 2 fig.)

Observation intéressante au point de vue : 1° des lésions si peu étudiées des vaisseaux sanguins dans les brûlures et de leur pronostic, et 2° de l'existence d'un anévrysme mixte interne, niée par les auteurs contemporains.

69. Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle; échec de la compression mécanique et de la compression digitale; opération de la méthode d'Antyllus acupressure d'une collatérale, guérison après une lymphangite légère. (*Gaz. méd. de Paris*, 1880, p. 531. — *Bull. Soc. de chir.*, 1881, p. 237.)

70. Anévrysme cirsoïde de la voûte du crâne au niveau de la région des trous pariétaux, pathogénie. (*Semaine médicale*, 1883, p. 257.)

Dans une leçon clinique, faite à la Pitié, sur une malade atteinte d'anévrysme cirsoïde à la suite d'une blessure du crâne, j'émis sur la pathogénie de la dilatation artérielle qui accompagne cette affection l'opinion suivante :

La nutrition de l'artère se faisant en grande partie par imbibition du sang qu'elle renferme, toute diminution dans la tension de ce dernier aura pour conséquence fatale un trouble dans l'échange des matériaux nutritifs et une dégénérescence des parties les plus délicates des parois artérielles, c'est-à-dire de ses fibres musculaires. L'artère, privée de sa tonicité, incapable dès lors de résister à la pression du sang, se dilate plus ou moins. Cet état dystrophique des artères s'accompagne, il est vrai, d'une hypertrophie; mais celle-ci ne porte que sur les éléments conjonctifs du vaisseau, et elle a lieu aux dépens de l'atrophie des fibres musculaires. Celles-ci, du reste, se régénèrent rapidement quand les conditions morbides ont disparu, après l'ablation des tumeurs cirsoïdes par exemple.

Je suis revenu sur cette idée à la Société de chirurgie en 1884 dans une discussion sur l'anévrysme cirsoïde. (Voir les *Bulletins*, p. 301 et 303.)

71. Névrite traumatique du plexus brachial droit. Atrophie musculaire du membre blessé. Troubles trophiques (éruption vésiculeuse) de la main droite. Lésion trophique symétrique du côté sain (main gauche). (*Gaz. méd. de Paris*, 1883, p. 486, et *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1884, p. 60-62.)

Chez un malade atteint de luxation sous glénoïdienne de l'épaule, il se produisit des troubles nerveux très remarquables, bien que la réduction eût été obtenue facilement; douleurs irradiées à toutes les branches du plexus brachial, avec affaiblissement de tous

les muscles; ni anesthésie, ni hyperesthésie; troubles trophiques, coloration violette de la peau; ongles recourbés, doigts déformés en massue: éruption vésiculeuse, desquamation abondante de la peau de la main du côté blessé et, fait important, l'éruption vésiculeuse s'était produite aussi du côté sain. Modification favorable par l'électrisation.

Pour expliquer les lésions survenues du côté sain, j'ai invoqué une modification produite sous l'influence de l'irritation des nerfs blessés dans une région circonscrite de la moelle épinière. Aucun symptôme ne révélait du reste autrement l'altération légère de la moelle. La pression du rachis était tout à fait indolore au niveau du plexus brachial.

72. Calcul vésical enchatonné, longtemps toléré; accidents aigus brusques. Mort. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1885, p. 530).

La pièce a été recueilli chez un vieillard de quatre-vingt huit ans; jusqu'alors, accidents nuls; tout à coup, sans cause appréciable, mictions fréquentes, très pénibles, urines troubles, purulentes, hématuries; douleurs à la suite d'un cathétérisme qui permet de constater la présence d'un calcul mobile, les accidents s'aggravent et marchent si rapidement que toute intervention est empêchée. Le malade meurt d'urémie. A l'autopsie, calcul sorti d'une loge vésicale du volume d'une bille à jouer; reins congestionnés, atteints d'un léger degré de néphrite interstitielle.

Il s'agit donc d'un cas très rare de calcul resté latent pendant qu'il était enchatonné, devenu subitement libre et ayant donné lieu aux phénomènes graves auxquels le malade a succombé.

V. — MÉDECINE OPÉRATOIRE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Parmi mes travaux sur ce sujet, je citerai particulièrement un procédé de suture osseuse que j'ai appliqué avec succès au traitement d'une pseudarthrose de l'avant-bras (voir n° 79), et un procédé d'injection des kystes superficiels, destiné à faciliter leur extirpation et qui s'est aujourd'hui vulgarisé (voir n° 78).

Dans la chirurgie gynécologique, j'ai fait connaître en France, souvent en les modifiant, plusieurs procédés empruntés aux auteurs étrangers. Je citerai entre autres :

1° La ligature élastique du pédicule dans l'hystérectomie abdominale;

2° Le tamponnement antiseptique du péritoine;

3° Les sutures perdues à étages superposés, au catgut;

4° La suture des parois abdominales à plusieurs plans (péritoine, couche musculo-aponévrotique, téguments) qui me paraît prévenir mieux que tout autre l'éventration consécutive, etc.

75. Quelques observations à propos du pansement de Lister appliqué aux plaies d'amputation et d'ablation de tumeurs. (*Progrès médical*, n^{os} du 25 novembre, 2, 9 et 16 décembre 1876, et tirage à part de 36 p. in-8, avec figures.)

Exposé des principes et des éléments de la méthode antiseptique de Lister, de ses emprunts à nos compatriotes (Chassaignac, Azam, etc.) et de ses résultats en 1876.

J'ai fait remarquer dès cette époque que l'acide phénique n'était pas la seule substance antiseptique que l'on pût employer, et que d'autres, le sublimé et l'iodoforme en particulier, pouvaient être aussi utilisées dans le même but.

J'ai aussi beaucoup insisté sur les avantages du drainage préventif, dans la réunion des

plaies par première intention, non en vue d'évacuer la suppuration, mais pour la prévenir en évacuant la sérosité.

74. Amputation de jambe au tiers supérieur. Affrontement des surfaces sur un tube à drainage. Pansement ouato-phéniqué. Cicatrisation par première intention. Observations et réflexions. (*Gaz. des hôpitaux*, 8 février 1877, p. 125.)

Observation intéressante à cause de la rareté des réunions par première intention des plaies d'amputation dans les hôpitaux, à cette époque.

75. Des localisations cérébrales et des rapports du crâne avec le cerveau au point de vue des indications du trépan. (*Arch. gén. de méd.*, avril 1877, 6e série, t. 29, p. 442, 6 fig.

A l'époque où j'écrivais cet article, on venait de s'occuper beaucoup de la question à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie. L'ayant étudiée avec soin à propos de divers cas pathologiques énumérés précédemment, puis dans mes articles *Crâne* et *Circonvolutions cérébrales* du *Dictionnaire encyclopédique*, j'ai voulu l'exposer à mon tour dans une revue d'ensemble.

J'ai insisté surtout sur les notions nécessaires à connaître pour le clinicien, sur celles qu'on pouvait considérer comme acquises, en indiquant les points encore douteux et ceux sur lesquels il était prématuré de vouloir fonder des déductions thérapeutiques. Depuis, toutes ces notions sont devenues vulgaires; mais à cette époque, il y avait entre les différents physiologistes, Hitzig, Ferrier, Vulpian, Schiff, et entre les chirurgiens qui avaient trépané en s'inspirant des données physiologiques et anatomiques, des divergences de vues qui rendaient la trépanation inapplicable aux lésions intra-crâniennes. Je crois avoir rendu quelque service à la chirurgie en mettant la question au point, afin de prémunir mes collègues contre un engouement qui aurait pu être plus nuisible qu'utile.

« Si tout se passait chez un homme blessé, disais-je, comme sur un animal en expérience, assurément le chirurgien trouverait souvent un auxiliaire précieux dans la connaissance des localisations cérébrales.... Malheureusement les choses ne sont pas aussi nettes au lit du malade qu'au laboratoire, et cela parce qu'on n'y est pas maître des phénomènes perturbateurs.... Parcourez les observations, vous serez frappés de l'étendue, de la diffusion des symptômes, parfois même de leur allure erratique, et cela sans doute sous l'influence de la commmotion et de la contusion concomitante. Très exceptionnels sont les cas où l'on trouve notées des convulsions localisées ou des paralysies circonscrites, des monoplégies.... »

Ces réserves trouvent encore leur application dans la plupart des faits publiés récemment; ce qui prouve au moins que l'intérêt et l'actualité de la question que j'étudiais en 1877 n'ont pas diminué.

Ce mémoire a été traduit en anglais par le Dr Thomas M. Dolan, sous ce titre : « On the indications for the use of the trephine derived from cerebral localisations and the relations of the cranium to the brain. » (London, Baillière and Co, 1878.)

76. Tumeurs de l'ovaire et ascite. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1885, p. 727.)

Je ne crois pas que la présence de l'ascite ait une signification pronostique aussi grave que le croient certains chirurgiens (Lucas Championnière, etc.).

77. Constriction permanente des mâchoires par ankylose temporo-maxillaire droite. Opération d'Esmarch. Sutures superficielles et profondes. Guérison sans fièvre. Rétablissement des mouvements du maxillaire inférieur permettant la mastication. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1877, p, 102-106.)

78. Procédé pour favoriser la dissection et l'ablation totale de certains kystes à contenu liquide ou demi-liquide. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.* 1878, p. 714.)

Dans certains cas où l'ablation complète d'une poche kystique est nécessaire, j'ai recommandé le procédé suivant, qui m'a rendu grand service plusieurs fois :

1° Ponction de la poche, évacuation du contenu liquide ou demi-liquide;

2° Injection de blanc de baleine fondu au bain-marie. Cette substance, qu'on est obligé de porter à environ 50° pour la fondre complètement, reste ensuite liquide jusqu'à 44°. A cette température, on peut en supporter le contact sans la moindre douleur;

3° Application sur la région pendant cinq à dix minutes, d'abord de glace pilée, puis de glace pilée mélangée à du sel marin. Cette réfrigération amène à la fois la coagulation du blanc de baleine et l'anesthésie des téguments;

4° On procède alors à la dissection du kyste, dont la poche exactement distendue fait corps avec le blanc de baleine. Le tout est transformé en une masse parfaitement dure et résistante, dont l'énucléation et la dissection se font très facilement.

A l'époque où j'ai fait ma communication, je n'avais employé ce procédé que dans un cas d'hygroma prérotulien chronique, dont j'ai donné l'observation à la Société. Depuis lors je m'en suis servi fréquemment pour l'extirpation de kystes divers et de poches d'abcès froids. M. Cazin a adopté ce procédé pour ces derniers.

79. Pseudarthrose des deux os de l'avant-bras, résection et suture osseuse par un nouveau procédé. (*in* Fouilloux, *Thèse de doct.*, Paris, 1881, p. 62-69.)

Chez un malade de 30 ans, sans antécédent diathésique, atteint de pseudarthrose à la suite d'une fracture des deux os de l'avant-bras avec fragments très obliques, je fis la résection, puis la suture des os par le procédé suivant : Le radius étant mis à nu, j'enlève le tissu fibreux de la pseudarthrose et je résèque obliquement les deux fragments, puis j'opère de la même façon pour le cubitus. Les résections osseuses terminées, on peut facilement ramener la main dans la rectitude. On fait alors, au moyen d'un foret à roues, à

chacun des fragments, un trou le traversant dans toute son épaisseur. Puis on passe à travers les orifices des fils d'argent de fort volume, afin de présenter une résistance suffisante pour rendre la réunion solide. On les serre en les faisant passer par un tube de plomb jusqu'à ce que le contact des fragments entre eux soit parfait. On s'assure de la solidité de la coaptation, puis on fait passer les deux chefs du fil dans un deuxième tube de plomb et on les fixe dans la position convenable en écrasant le second tube au-dessus du premier. Plus tard, il suffit de couper un des chefs du fil entre les deux tubes pour retirer ce fil en entier.

80. Procédé de suture osseuse. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.* 1883, p. 301.)

81. Opération d'anus artificiel dans la région lombaire pour un sarcome du rectum; prolongation de la vie pendant 5 mois. (*France médicale*, 1880, p. 57, et *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1882, p. 2 et 5.)

Cette observation, qui a appelé de nouveau l'attention sur l'opération d'Amussat, a été le point de départ des discussions qui se sont élevées depuis entre les partisans de l'anus iliaque et de l'anus lombaire, à la Société de Chirurgie.

82. Corps étranger du genou, ablation. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1881. p. 737.)

Le corps étranger était très adhérent à la synoviale. Une certaine quantité de sang pénétra dans l'articulation, et j'attribue à cette particularité une influence sur l'arthrite qui survint consécutivement.

83. Conservation d'une manchette périostique dans les amputations. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1882, p. 145.)

La conservation d'une manchette périostique après les amputations ne me paraît pas, contrairement à l'opinion de M. Nicaise, favoriser la réunion par première intention; elle semble au contraire nuisible à la réunion primitive complète.

84. Résection du coude pour ankylose rectiligne avec ostéite étendue. (*Gaz. méd. de Paris*, 1882, p. 5, et *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1882, p. 159.)

La malade fut présentée à la Société de chirurgie après la guérison de l'opération, et trois ans et demi plus tard (voir *Bull. et Mém. de la Soc.*, 1885, p. 729) pour faire constater le résultat définitif. Huit centimètres d'os avaient été enlevés. La malade n'a pu être électrisée que pendant trois mois. Malgré cela les muscles du bras, qui étaient complètement atrophiés, ont repris presque complètement leurs fonctions, à l'exception

du triceps, qui est encore faible et dont l'insuffisance est tout à fait marquée, pourvu que l'avant-bras soit un peu fléchi. La jeune fille se sert de son membre opéré presque aussi bien que de l'autre, et il est difficile de distinguer entre eux une différence autre que le raccourcissement quand le sujet est habillé et le fait mouvoir.

85. Résection anaplastique tibio-tarsienne chez un homme de 60 ans pour un cal vicieux consécutif à une fracture bi-malléolaire. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1882, p. 430, 432.)

Fait important : 1° à cause du bon résultat anaplastique obtenu chez un homme d'un âge aussi avancé; 2° par l'existence de la pièce osseuse intermédiaire au tibia et au péroné, signalée par MM. Delorme et Verneuil.

86. Rapport sur plusieurs observations de M. Millot-Carpentier. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1882, p. 92-95.)

87. Fistule du canal de Sténon guérie par le simple passage et le séjour pendant 3 jours d'un tube à drainage passé directement à travers l'orifice cutané. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1882, p. 547, 549.

88. Utilité de la sonde œsophagienne à demeure après la résection du maxillaire inférieur. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1882, p. 761.

89. Pustule maligne de la face sans bactéridie dans le sang. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1883, p. 524, 571.)

D'après deux faits, dont l'un guérit spontanément, je me suis demandé s'il n'y avait pas des pustules malignes *bénignes*, caractérisées par l'absence de bactéridies dans le sang. La bactéridie, dans ce cas, serait pathognomonique, non de la maladie, mais de la gravité de la maladie; en d'autres termes, elle serait pathognomonique de la mort prochaine des charbonneux et non de l'existence du charbon.

90. Goître plongeant parenchymateux et kystique; déviation et compression de la trachée; extirpation après trachéotomie préliminaire; forcipressure prolongée (48 heures) de l'artère thyroïdienne supérieure; hémorrhagies secondaires; mort. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1883, p. 763-772.)

La trachéotomie préliminaire nous a été très utile en nous permettant de continuer l'anesthésie pendant plus de trois heures; il en a été de même de la forcipressure

temporaire et de la forcipressure *prolongée*. Néanmoins, celle-ci n'a pas amené l'hémostase définitive et deux hémorrhagies secondaires considérables ont entraîné la mort.

91. Notions sur les substances explosives d'invention moderne et sur les blessures qu'elles produisent. (*Gaz. méd. de Paris*, 1883, p. 533, 545, 557, 581, et 1884, p. 1, 25.)

Dans une conférence faite à la Société française de secours aux blessés militaires, j'ai examiné successivement : les diverses substances explosives, qu'on peut ranger en six sections, d'après leur composition, leurs effets, et leur mode d'explosion ; — les accidents survenus dans les grandes catastrophes causées par ces explosions, et dont les plus terribles sont ceux qui ont été déterminés par les explosifs à base de picrate, les fulminates, les nitrates, les panclastites ; — les caractères généraux des blessures produites par les matières explosives ; enfin, les indications thérapeutiques.

92. Du traitement des fractures transversales de la rotule par l'arthrotomie et la suture osseuse avec les procédés antiseptiques. (*in* Diverneresse (Ch.), *Th. de doct*, Paris, 1884.)

Cette thèse contient une des premières observations publiées en France de la suture osseuse dans les fractures de la rotule, tirée de ma pratique.

93. Un cas de pollakyurie diurne chez un enfant guéri par l'usage des bougies Béniqué. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1884, vol. II, p. 501, 504.)

(En collaboration avec M. Raffegeau.)

94. De la cautérisation de la cloison recto-vaginale comme adjuvant de certaines périnéorrhaphies. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1884, p. 361.)

Chez une femme opérée deux fois sans succès par la méthode sanglante, j'ai essayé la cautérisation angulaire pour obtenir la réunion de la cloison recto-vaginale, et obtenu un bon résultat. Je ne préconise du reste cette méthode que comme procédé d'exception.

95. Note sur deux cas d'adénomes du rectum, l'un pédiculé ; l'autre sessile, chez des adultes. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1884, p. 559, 565, avec 4 fig.)

Les tumeurs de ce genre sont rares chez les adultes. J'en ai observé un cas ; l'autre m'a été communiqué par M. Trélat. Chez ma malade, la tumeur avait donné lieu à des sym-

ptômes de métrite, alors qu'il n'y avait que des phénomènes congestifs de voisinage. L'ablation fit cesser tous les troubles produits par la tumeur. L'examen microscopique des tumeurs démontra leur nature glandulaire.

96. Résection du nerf sous-orbitaire pour un tic douloureux. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1884, p. 946.)

Travail basé sur deux cas; les résultats fournis par la résection me paraissent préférables à ceux de l'élongation.

97. Rapport sur une observation de M. Blum : De l'arrachement du nerf sous-orbitaire. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1882, p. 788.

De la valeur comparee de l'élongation, de l'arrachement et de la névrectomie dans le traitement de la névralgie sous-orbitaire rebelle.

Dans ce rapport, j'ai étudié la valeur comparée de ces trois opérations et fait remarquer que quelques chirurgiens, se proposant de faire seulement l'élongation, ont pratiqué fortuitement l'arrachement. On a ensuite, parfois, érigé en méthode un simple accident opératoire. L'arrachement doit-il être fait de propos délibéré? J'ai cité une série de faits d'élongation et de névrectomie et, après avoir comparé ces deux méthodes, j'ai conclu en faveur de la névrectomie pratiquée selon la méthode française.

98. Rapport sur une observation de M. Severano : Lésion traumatique du nerf radial, paralysie consécutive ; suture nerveuse; résultat fonctionnel nul. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1888, p. 153-156, 157.)

Dans ce rapport, tout en rendant hommage à l'habileté du chirurgien, je combats la conduite tenue par M. Séverano, qui a cru devoir pratiquer la résection d'un nerf simplement contus. Mon opinion a été partagée par la Société.

99. Extirpation de ganglions carotidiens. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1885, p. 156.)

A propos de ce fait, dont j'ai présenté le sujet à la Société, j'ai insisté sur les points suivants :

1° La profonde altération, la désorganisation caséeuse et même purulente des ganglions ne provoquant aucune réaction de voisinage;

2° La nécessité de ne pas faire le lavage de la plaie, au fond de laquelle sont la jugulaire et la carotide, avec une solution antiseptique très forte, pouvant altérer la paroi des vaisseaux;

3° L'utilité très grande d'une immobilité absolue de la région opérée, obtenue avec une attelle en T embrassant la tête;

4° L'innocuité de ces opérations, grâce à la réunion immédiate sur un drain bien placé, à l'antisepsie et à la compression.

J'avais alors pratiqué, depuis un an, cinq de ces opérations avec le même succès.

100. Deux observations d'abcès froids exceptionnellement multiples et étendus, guéris par le grattage, la cautérisation et le pansement à l'iodoforme. (*Gaz. méd. de Paris*, 1885, p. 195, 197, et *Comptes rendus du 1er Congrès français de chirurgie*, 1885, p. 247.)

L'une de ces malades était atteinte de cachexie extrême, et portait de vastes poches purulentes dans la région lombaire, à la cuisse, au mollet, et au bras. Je fis de larges incisions et grattai énergiquement toute la paroi des sacs purulents. Guérison.

La seconde malade, âgée de soixante-deux ans, présentait des abcès volumineux à la cuisse, au mollet, à la fesse, à l'avant-bras, et dans la région du sterno-mastoïdien. Ces abcès n'étaient pas ossifluents, non plus que les précédents. Ils furent incisés, pansés à l'iodoforme et guérirent bien.

101. Rapport sur les applications thérapeutiques de la compression hydraulique, par M. le Dr Desplats. (*Bull. Soc. de chir.*, 1885, p. 772-775.)

102. Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu; six blessures de l'intestin grêle; deux de la vessie; laparotomie 8 heures après l'accident; mort. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 917, 920. Disc. 922, 959, — 1887, p. 1, 6.)

Cette observation a été le point de départ d'une très importante discussion sur les plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu.

103. Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie pendant l'année 1889. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 5-17.)

Ce rapport contient des développements étendus sur la laparotomie dans les blessures par armes à feu de l'abdomen.

104. Ablation d'un sarcome de la région claviculaire. Pas de récidive pendant cinq années. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 874.)

105. Réunion primitive dans la fistule à l'anus. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1887, p. 539.)

J'admets cette méthode pour les fistules sous-cutanées ou débouchant en dessous du sphincter, mais je la rejette pour les fistules élevées ou compliquées de clapiers, et surtout

s'élevant au-dessus du sphincter. En effet, si la plaie vient alors à être infectée, la suture peut provoquer des accidents graves.

106. Extirpation complète d'un kyste hydatique du foie; suture du tissu hépatique, guérison. (*C. R. du 3ᵉ Congrès français de chir.*, 1888, p. 545.)

La ponction aspiratrice avec l'appareil Potain ayant été suivie de récidive, je procédai à l'extirpation du kyste, recouvert en partie de tissu hépatique. Il fallut inciser ce tissu, énucléer peu à peu la poche comme un kyste du ligament large, en desséchant les vaisseaux ouverts au thermo-cautère, ou en les liant. Je réunis ensuite les parties de la façon suivante : 1° une première suture hépatique allant de la face inférieure à la face supérieure; 2° de chaque côté de celle-ci, une suture en fer à cheval ouverte en haut, fixant le foie à la paroi abdominale à laquelle elle applique la région où l'on a opéré l'énucléation. Un gros drain arrive au fond de ce fer à cheval et ressort par la suture abdominale.

A la suite, phrénite, élévation de la température à 38°,5 et 38°,3, qui tombe après un lavement légèrement purgatif. Issue de fragments du foie sphacélés par la cautérisation. Cicatrisation parfaite au bout de six semaines.

107. Résection sous-périostée du coude pour ankylose, présentation de deux malades. (*C. R. du 2ᵉ Congrès franç. de chir.*, 1886, p. 292 et 3ᵉ *Congrès*, 1888, p. 639.)

108. Réparation des pertes de substances tégumentaires par la méthode de Thiersch. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1888, p. 272.)

109. Sur la préparation du catgut. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1888, p. 69.)

Le mode de préparation qui me paraît donner les meilleurs résultats est la préparation à l'essence de bois de genévrier (*oleum ligni juniperi*), qu'il ne faut pas confondre avec l'huile de bois de genévrier. Après trois heures d'immersion dans la solution aqueuse de sublimé au 1/1000, je plonge les rouleaux de catgut dans l'*oleum juniperi*, durant au moins huit jours; ils sont ensuite retirés et conservés dans l'alcool rectifié. Au moment de s'en servir, on place durant quelques instants le catgut dans la solution aqueuse de sublimé au 1000ᵉ, ce qui le gonfle légèrement, mais lui donne une souplesse bien plus grande. Il est aussi plus tenace; il peut servir aux sutures perdues, car il se dissout et se résorbe au bout d'un temps proportionnel à sa grosseur et dont chaque opérateur doit se rendre un compte exact par des essais attentifs.

Je joins maintenant à cette préparation le chauffage préalable du catgut dans une étuve sèche, à 120°.

110. Rapport sur plusieurs communications de M. le Dr Galvani (d'Athènes). (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1888, p. 750.)

Ces communications, ainsi que les remarques dont je les ai accompagnées, sont relatives aux sujets suivants : 1° Blessure de la tête par corps contondants, datant de 4 ans; accidents épileptiformes, trépanation, guérison; 2° Note à propos de quelques cas de réunion immédiate tentée d'emblée; 3° Contribution au perfectionnement de la taille hypogastrique.

111. Gastro-entérostomie pour un cancer de l'estomac. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 586-592.)

J'ai décrit minutieusement le manuel opératoire de cette opération peu connue en France et que je crois appelée à rendre des services.

L'opération a été pratiquée alors que l'état du malade était désespéré; mort d'épuisement dans la nuit suivante. D'après l'examen des viscères, il m'a semblé que la survie aurait pu être très longue si on avait pu intervenir une quinzaine de jours plus tôt.

112. Rapport sur une observation de M. Cauchois, intitulée : Calcul vésical (de 38 mill. de large sur 47 de long) chez une femme. Extraction par la dilatation immédiate progressive de l'urèthre. Guérison sans incontinence d'urine. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1887, p. 494-499.)

113. Gros calcul vésical chez un vieillard de quatre-vingts ans. Taille hypogastrique, suture complète de la vessie. Drainage pré-vésical. Guérison. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 315.)

Le drainage prévésical de la cavité de Retzius et le cathétérisme fréquent de la vessie ont permis à la suture de réussir d'emblée presque complètement, de sorte que le malade a pu se lever au sixième jour et partir pour un long voyage au bout de trois semaines. Il était complètement guéri peu de temps après.

114. Rétrécissement cancéreux très élevé du rectum. Résection du coccyx et de la dernière vertèbre sacrée. Rectotomie postérieure; création d'un anus sacré. (C. R. 4e *Congrès franç. de chir.*, 1889, p. 662.)

J'indique la possibilité de prolonger la rectotomie linéaire très haut, après la résection du coccyx et d'une partie du sacrum. Chez mon malade, j'ai pu, en outre, enlever complètement la tumeur cancéreuse, une première fois, et l'enlever encore après une récidive, au bout d'un an.

115. A propos d'un cas d'opération de Kraske. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 28 mai 1890, p. 417, 420.)

Le fait est intéressant en ce que l'os iliaque formait une anse adhérente par sa convexité au cancer du rectum; j'ai dû la réséquer et faire un anus artificiel ilio-sacré.

On trouvera mes opinions sur cette opération exposées avec plus de détails et deux observations dans la thèse suivante d'un de mes élèves.

116. Aubert (Henri). Du traitement des cancers du rectum par la méthode sacrée, dite méthode de Kraske. (*Th. de doct.*, Paris, 1890.)

117. Sur l'inefficacité de la cystopexie. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1890, p. 464.)

118. Extraction d'une aiguille implantée dans le quatrième espace intercostal gauche depuis neuf ans; rupture par oxydation complète. (*Bull. Soc. anat.*, 1872, p. 394.)

L'extraction fut faite par M. Polaillon. Je fis remarquer dans ma communication que les fragments de l'aiguille étaient entièrement oxydés et cassants, et j'insistai sur la nécessité d'une dissection minutieuse avant de saisir les corps étrangers oxydés pour les attirer au dehors.

119. Cancer de la langue, ligature de la carotide primitive. (*Bull. Soc. anat.* 1873, p. 878.)

A la suite de l'opération (pratiquée à la clinique de la Charité par Gosselin), il y eut une hémorrhagie artérielle grave pour laquelle on pratiqua la ligature de la carotide. On crut avoir lié la carotide externe; mais la mort étant survenue par infection purulente, on vit à l'autopsie qu'on avait lié la carotide primitive.

On trouvera encore un certain nombre d'observations tirées de mon service et relatives à la pathologie gynécologique dans les thèses suivantes de mes élèves :

120. Fauconnier (Ad.). De la fièvre et des métrorrhagies dans les accouchements chez les syphilitiques. (Thèse de doctorat, Paris, 1886.)

121. Boucher (Paul). De la métrite chez les vierges. (Thèse de doctorat, Paris, 1887.)

122 Muller (Paul). De la toux utérine. (Thèse de doctorat, Paris, 1887.)

VI. — GYNÉCOLOGIE CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

123. Notes sur l'enseignement de la gynécologie en Autriche-Hongrie et en Allemagne. (*Gaz. méd. de Paris*, 1887, p. 1, 19, 42, 553.)

Chargé par M. le ministre de l'instruction publique d'une mission scientifique, dont le but est indiqué par le titre de cet article, j'ai visité successivement, aux mois de mai et juin 1886, plusieurs grands centres universitaires : Vienne, Pesth, Prague, Berlin, Munich. Là, j'ai trouvé tout organisé l'enseignement de la gynécologie, qu'on en est encore à désirer en France. J'ai surtout exposé la manière dont cet enseignement est compris et effectué à Vienne.

Tout n'est pas parfait assurément, et j'ai signalé dans mon travail les lacunes et les imperfections de l'organisation actuelle. Mais elle n'en rend pas moins de signalés services aux étudiants et aux médecins étrangers, qui vont chercher ailleurs ce qu'ils regrettent de ne pas trouver en France. Dans les autres universités que j'ai visitées, Pesth, Prague, Berlin, Munich, l'enseignement et les services de clinique sont organisés à peu près sur le même modèle, et sont suivis avec beaucoup de faveur.

De là à conclure à la nécessité de fonder en France des chaires et des services de gynécologie, de reconnaître officiellement que la gynécologie doit être une branche indépendante de la chirurgie, il n'y a qu'un pas facile à franchir. C'est ce que j'ai fait d'autant plus volontiers que l'on trouve des noms français à l'origine de la gynécologie proprement dite, et que l'infériorité actuelle de la France à cet égard vis-à-vis des étrangers ne provient pas évidemment d'une infériorité dans le personnel enseignant.

Dans une seconde mission, j'ai trouvé à Fribourg, Halle, Leipzig, la même organisation judicieuse, la même installation soignée permettant un enseignement théorique et pratique de la gynécologie. Mais c'est surtout à Strasbourg que le service hospitalier destiné aux maladies des femmes m'a paru le plus parfait. De l'aveu de tous ceux qui l'ont visité, il laisse peu à désirer. Aussi ai-je cru devoir le décrire en détails, ainsi que les précautions prises avant chaque opération par le chirurgien et ses aides pour assurer une antisepsie parfaite. L'organisation que j'ai pu admirer à Strasbourg et ailleurs met en leur plein relief les causes principales des progrès incontestables de la gynécologie au delà du Rhin. On peut les résumer ainsi :

1° Existence d'un enseignement spécial de la gynécologie confié à des professeurs ayant

fait des études spéciales de la matière, et notamment capables de pratiquer les opérations variées, grandes et petites, que réclament les maladies des femmes;

2° Adjonction aux services hospitaliers intérieurs de services extérieurs (consultations ou policliniques) admirablement constitués, tant en vue du traitement des malades que de l'enseignement des élèves;

3° Installation matérielle à la hauteur des exigences de la science moderne, permettant à la fois l'isolement exact des opérées, la désinfection complète des locaux et des serviteurs, en un mot l'*antisepsie*;

4° Nombre suffisant d'aides ou d'assistants pour le chef de service.

Quand notre pays sera doté de pareils moyens de travail, il reprendra vite, dans cette branche de la science comme dans les autres, la première place qu'il n'a paru perdre momentanément que par suite d'une absence totale d'organisation.

124. Progrès et évolution de la gynécologie contemporaine. Extrait de la leçon d'ouverture d'un cours libre de gynécologie fait à la Faculté de médecine de Paris (15 novembre 1887). Paris, 1887, in-8, 8 p.

Dans cette leçon, tout en montrant la part qui revient aux chirurgiens étrangers dans les progrès de la gynécologie, grâce à l'étude spéciale qu'ils ont faite de la question, et grâce aussi à l'antisepsie, j'ai rappelé que c'est aux chirurgiens français que doit revenir l'honneur d'avoir inventé bon nombre de procédés dont ceux-ci ont profité : l'exploration bimanuelle, le spéculum, la mensuration de l'utérus; le curettage, etc., sont d'origine française, et bien des points de l'histoire clinique et anatomo-pathologique des maladies utéro-ovariennes ont été étudiés tout d'abord par nos compatriotes.

125. De l'antisepsie en gynécologie. (*Progrès médical*, 1888, 2e série, t. VII, p. 1, 45.)

Je me suis efforcé de tracer dans cet article la règle de conduite que doit tenir le chirurgien dans les opérations qu'il pratique en gynécologie. Toutes les règles de l'antisepsie établies pour la chirurgie générale sont applicables à la gynécologie; mais il existe des détails particuliers et des procédés spéciaux sur lesquels il n'est pas inutile de s'appesantir. La propreté de l'opérateur, des instruments, des organes génitaux de l'opérée, doit être recherchée avec la plus grande minutie. Il faut proscrire les instruments pourvus de rainures, de cavités, de sertissures, d'où les impuretés sont difficilement chassées.

J'ai recommandé de préparer soi-même certaines pièces de pansement, la gaze iodoformée, par exemple, le catgut, la soie, les cordons et tubes pour la ligature élastique, etc.

Certaines précautions relatives à l'antisepsie du col utérin et de la cavité vaginale sont aujourd'hui encore incomplètement prises par certains gynécologues : J'ai donc cru nécessaire de les développer minutieusement. En outre j'ai développé mes opinions sur le mode d'action du sublimé, de l'iodoforme, sur leur utilité, sur celle de l'irrigation continue, du spray, etc.

D'autres précautions spéciales sont nécessaires dans les laparotomies.

Ce sujet a été traité avec plus de détails dans la thèse suivante d'un de mes élèves.

126. Loppé (E.). De l'antisepsie en gynécologie. (*Th. de doct.* Paris, 1888.)

127. La suture perdue continue à étages superposés au catgut. Son emploi en gynécologie. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1887, p. 576 ; 3e *Congrès français de chirurgie*, 1888, p. 515, et *Progrès médical*, 1888.)

A diverses reprises j'ai recommandé l'emploi de cette suture comme moyen d'occlusion parfait pour la plaie abdominale après la laparotomie ; dans la colpo-périnéorrhaphie, la cure radicale des hernies, la rupture complète du périnée, etc.

La suture à points séparés est plus répandue, mais je lui considère comme très supérieure la suture continue en surjet, à plans superposés. Elle s'exécute incomparablement plus vite et a l'avantage de ne pas laisser de nœuds au fond de la plaie. Deux ou trois étages de suture en surjet ou du pelletier, suffisent pour amener l'affrontement progressif, facile, égal et complet de plaies très profondes ou très larges, qui *a priori* paraissaient devoir demander pour leur réunion un très grand effort. En effet, la multiplicité des points de suture diminue d'autant la force de traction nécessaire pour chacun d'eux. Enfin, comme on procède toujours du fond à la superficie, il est facile de ne pas laisser de parties béantes (*espaces morts* de Mikulicz) et d'assurer la réunion intégrale.

Ce mode de suture rend aussi de très grands services comme *moyen d'hémostase*.

128. Du drainage capillaire et du tamponnement antiseptique du péritoine à l'aide de la gaze iodoformée. (*Ann. de gyn.*, 1888, vol. XXIX, p. 255-265, et *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, p. 205.)

Le drainage, comme le tamponnement, constitue une très grande exception après la laparotomie. L'écoulement sanguin ne suffit pas à le rendre nécessaire, sauf les cas où le péritoine largement déchiré ne peut absorber le sang épanché ; il faut qu'il y ait eu contamination de la séreuse par des liquides infectants, ou qu'il existe une surface septique susceptible de fournir des liquides dont la résorption serait nuisible. La gaze iodoformée, coupée en lanières, peut, dans la grande majorité des cas, suffire comme appareil de drainage. Les indications de ce *drainage capillaire* sont très limitées : je ne l'emploie qu'après l'hystérectomie vaginale ; au lieu d'introduire un ou deux tubes dans l'ouverture du péritoine, ou de la laisser béante, comme font beaucoup de chirurgiens, je préfère, après l'avoir un peu réduite par deux points de suture latéraux, y enfoncer à une profondeur d'un pouce environ une large lanière de gaze iodoformée doublée à son extrémité supérieure, et dont les deux chefs sont ensuite pelotonnés dans le vagin et rendus reconnaissables en y nouant un fil. Au bout d'un temps variable suivant l'abondance du suintement, on renouvelle les autres lanières de gaze iodoformée qui complètent le pansement intra-vaginal, laissant en place la lanière placée dans le cul-de-sac de Douglas qui fait l'office de drain. Ce n'est qu'au bout de 6 à 8 jours que cette dernière est enlevée.

Le *tamponnement* diffère du simple drainage capillaire : J'ai été le premier à le décrire et à l'appliquer en France, selon les indications de Mikulicz ; il s'effectue au moyen d'une bourse faite d'un morceau de gaze iodoformée portant à son centre un fil qui servira plus

tard à la retirer; on place cette bourse au fond de la cavité qu'on désire tamponner et on y introduit 2 à 5 lanières de gaze iodoformée. On peut encore se borner à enfoncer directement dans la cavité les lanières de gaze, y adjoindre un gros drain qui met à l'abri de toute rétention de liquide épars au-dessous de lui, etc. La gaze iodoformée doit être débarrassée par le battage de tout excès d'iodoforme pulvérulent, pour éviter l'intoxication. On enlève ces pièces au bout de 48 heures, ou plus tard, quand on suppose que cette barrière protectrice n'est plus utile.

Le tamponnement est applicable soit contre l'hémorrhagie en nappe, soit contre une menace d'infection. Dans ce dernier cas, le tamponnement peut être utile : 1° Lorsque l'infection de la plaie existe au moment de l'opération, par suite de l'effusion de pus, de matière septique, ou grâce à la présence d'une portion de tissu infecté qu'il serait dangereux d'enlever. 2° Lorsque l'infection est à redouter, après l'occlusion de la plaie abdominale, par déhiscence d'une suture faite dans des conditions mauvaises, par perforation d'un organe compromis avant ou pendant l'opération (intestin, vessie).

129. De la laparotomie sous-péritonéale, en particulier dans le traitement des abcès pelviens et des hématocèles pelviennes. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1886, p. 294-304, 305-312.)

Le point caractéristique de cette opération est, après l'incision des plans musculaires et aponévrotiques de l'abdomen, de décoller plus ou moins largement le péritoine pour aller à la recherche d'une collection située profondément dans le petit bassin. C'est cette manœuvre qui imprime un cachet spécial à la technique de l'intervention opératoire et la rapproche assez d'une *laparotomie* proprement dite pour que j'aie cru pouvoir employer ce mot en y joignant l'épithète restrictive de *sous-péritonéale*. J'ajoute qu'on pourra souvent, comme cela m'est arrivé avec succès, transformer séance tenante l'opération en une laparotomie véritable par la simple incision de la membrane péritonéale décollée, si on le juge nécessaire pour les besoins de l'opération.

J'ai pratiqué cette opération avec succès dans les cas suivants : abcès pelviens avec fistule vaginale ; adéno-lymphite péri-utérine ; périmétrite plastique et suppurée, avec fistule rectale ; énorme hématocèle rétro-utérine.

130. Rapport sur une observation de M. Houzel : Phlegmon du ligament large gauche. Laparotomie sous-péritonéale. Guérison. (*Bull. et Mém. Soc. de chirur.*, 1886, p. 856-859, 860.)

Malgré son titre, l'opération pratiquée par M. Houzel n'est pas une laparotomie sous-péritonéale, mais simplement l'incision d'un phlegmon profond devenu superficiel.

131. De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des corps fibreux de l'utérus. (*Th. agrég.*, 1875.)

Ce travail n'a plus à l'heure présente qu'un intérêt historique. Il donne exactement l'état de la question en 1875. Mais depuis lors la méthode antiseptique a changé entière-

ment les résultats fournis par cette opération, et modifié par conséquent l'opinion qu'on pouvait avoir alors sur sa valeur.

On trouvera pourtant dans ce travail des statistiques intéressantes et la description soignée de l'énucléation des fibromes par la voie vaginale avec l'historique de la question.

132. Sur la technique de la ligature élastique du pédicule utérin dans l'hystérotomie abdominale. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, Paris, 1883, p. 889-896; 1886, p. 201.)

133. Du traitement du pédicule dans l'hystérotomie et de la ligature élastique. (*Congrès français de chirurgie*, 1885, p. 537-541, 2 fig.)

La ligature élastique du pédicule dans l'hystérectomie abdominale, préconisée par Hegar, était ignorée en France lorsque j'ai présenté ce mémoire en 1883 à la Société de chirurgie. J'ai décrit le procédé de cet auteur, qui se sert de pinces fixatrices d'un modèle spécial, et j'ai présenté un instrument, que j'ai appelé *ligateur élastique*, et que je crois très préférable. Je me sers de cordons pleins de préférence aux tubes, parce qu'ils sont plus solides et plus faciles à désinfecter. Après avoir bien tendu le lien élastique, je l'enroule autour du pédicule et j'en fixe les extrémités à l'aide de mon ligateur que j'ai un peu modifié, en 1885. (Voir : *Comptes rendus du 1er Congrès français de chirurgie*, p. 540.)

134. Un cas d'ovario-hystérotomie chez une hystérique atteinte de kyste ovarique et de corps fibreux utérins. Guérison des accidents nerveux. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1884, p. 230-235, 237.)

Cette observation montre la relation qui existe entre certains accidents nerveux hystériformes et les lésions des organes génitaux de la femme. Ces accidents ont débuté peu après l'apparition de la tumeur et ont cessé après son ablation, malgré leur longue durée.

135. Énorme corps fibreux de l'utérus intra-ligamentaire. Décortication. Hystérectomie supra-vaginale, plaie étendue de la vessie déchirée complètement. Guérison. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 786.)

L'opération a été difficile en raison de l'inclusion du fibrome dans le ligament large, de ses adhérences à l'S iliaque et à la vessie, qui s'est déchirée dans l'étendue de 12 centimètres pendant les manœuvres d'énucléation. Néanmoins les suites de l'opération ont été très bénignes; il n'y eut qu'un léger accident par suite de l'indocilité de la malade, qui a guéri parfaitement.

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

J'ai publié plusieurs notes sur ce sujet.

136. En 1886, à la Société de chirurgie, j'ai présenté deux utérus cancéreux enlevés par l'hystérectomie vaginale. (*Bull. et Mém. de la Soc.*, 1886, p. 119, 120.)

137. En 1888, j'ai publié dans la *Gazette médicale de Paris*, p. 519, une observation d'hystérectomie vaginale pour un cancer utérin compliqué d'un corps fibreux sous-péritonéal et suivie de guérison.

138. La même année, au 3e Congrès français de chirurgie, j'ai fait une communication sur les indications et la technique de l'hystérectomie vaginale pour cancer. (*Comptes rendus du 3e Congrès français de chir.*, 1888, p. 392.)

139. Ces documents, ainsi que des observations personnelles non encore publiées, ont été insérés dans deux articles des *Annales de gynécologie* (1888, vol. XXX, p. 81 et 179).

Dans le premier article, j'expose longuement les indications et la technique de l'hystérectomie vaginale pour cancer.

En comparant les diverses statistiques générales publiées par Martin, Sarah Post, Hache, Hofmeier, on voit que les résultats s'améliorent à mesure qu'on se familiarise avec l'opération, et, résultat paradoxal, que la durée de la guérison complète est plus longue après l'opération partielle qu'après l'ablation totale. Mais cela tient à ce que les cas soumis à l'extirpation partielle étant tout à fait à leur début, exactement limités au museau de tanche, sont par suite dans les conditions les meilleures pour l'intervention radicale. Je pense donc que plus le cancer est limité, plus l'opération doit être étendue. Au contraire, dès que tout ne peut vraisemblablement pas être enlevé, il n'y a plus à songer à une intervention radicale; on doit franchement se résoudre à n'enlever qu'une partie du mal et dresser en conséquence son plan opératoire au lieu de se livrer aux hasards d'une opération mal réglée :

1° Cancer au début paraissant cliniquement encore limité au museau de tanche; il est impossible d'être certain qu'il n'y a pas une fusée néoplasique dépassant déjà le col; il faut donc faire d'emblée l'*hystérectomie vaginale* plutôt qu'une des opérations partielles qui ont encore tant de partisans.

2° Cancer limité extérieurement au col, mais avec envahissement du corps ou cancer primitif du corps. Le néoplasme n'a pas dépassé les limites de l'utérus, n'a pas trop augmenté

son volume ; l'abaissement est facile ; les cas de ce genre sont ceux pour lesquels on s'accorde généralement à faire l'*hystérectomie vaginale* ;

3° Cancer limité au col du côté du vagin, mais avec certitude ou soupçon de propagation profonde ; abaissement difficile de l'utérus : traitement palliatif consistant dans l'ablation des parties malades suivie d'une cautérisation énergique qui modifie au loin les tissus et va y poursuivre les traînées néoplasiques ;

4° Cancer du col envahissant le vagin, primitivement ou consécutivement. Pas d'opération radicale ;

5° Cancer du col propagé non seulement au vagin, mais encore à la vessie et au rectum. Pas non plus d'opération radicale.

Dans la technique de l'hystérectomie vaginale totale, j'insiste surtout sur l'hémostase, pour laquelle je préfère la ligature progressive et par petits paquets des ligaments larges à la forcipressure.

Dans le second article, je rapporte sept observations d'hystérectomie vaginale, dont une pour corps fibreux et six pour cancer.

De ces dernières, cinq malades ont guéri entièrement de l'opération et, à l'exception d'une seule récidivée rapidement et morte au bout de cinq mois, toutes ont obtenu une survie très satisfaisante ; j'ai eu une seule mort, soit 16,6 pour 100 dans cette petite série.

Si elle n'est pas plus longue, c'est que, contrairement à beaucoup de mes collègues, je réserve l'extirpation totale aux cas où l'on peut réellement l'effectuer ; j'applique le traitement palliatif (curettage et cautérisation ignée) aux cancers propagés au vagin et dont le peu de mobilité fait craindre l'envahissement des ligaments larges.

140. Les mêmes idées ont encore été exposées dans la thèse de mon frère, Adrien Pozzi : Le traitement du cancer de l'utérus en dehors de la grossesse (*Th. de doct.* Paris, 1888), et j'y suis revenu au Congrès de Berlin (août 1890), ainsi que dans l'article suivant.

141. Sur l'hystérectomie vaginale. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1888, p. 770, 775.)

Comparaison avec l'hystérectomie partielle, qui doit être rejetée parce qu'elle a trop de chances d'être incomplète.

---

142. Suture de la vessie pour une très grande plaie extra et intra-péritonéale. Réparation en deux actes opératoires éloignés. Guérison. (*Ann. des mal. des org. génit.-urin.*, 1882, t. I, p. 345-362.)

Au cours d'une ovariotomie, la vessie, atteinte d'une élongation qui l'amenait au voisinage immédiat de l'ombilic, fut ouverte sur ses deux faces dans l'étendue de 10 centimètres.

La plaie de la face péritonéale fut réunie par la suture dans toute son étendue ; celle de la face antérieure ne fut réunie qu'en partie et on y fit pénétrer deux gros tubes qui servirent de siphon. On voulut ainsi éviter l'infiltration d'urine et créer une simple fistule urinaire analogue à celle qui succède à la taille hypogastrique et dont on peut ensuite avoir facilement raison. Drainage du cul-de-sac recto-vaginal.

Le malade guérit, après quelques incidents sans gravité et dus à son indocilité ; on fit, quatre mois et demi après, l'avivement et la suture de la fistule, qui se ferma définitivement.

143. Quatre opérations d'ovariotomie suivies de guérison. (*Gaz. méd. de Paris*, 1879, p. 96-98, 130-133, 161-164.)

Relation de 4 cas curieux au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

144. Pyosalpingite double avec ovarite suppurée gauche. Salpingo-oophorectomie double sans drainage consécutif. Guérison. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1887, p. 574-578.)

A propos de ce fait, j'insiste sur la suppression des éponges, que je remplace par des compresses de gaze, pliées en plusieurs doubles et bien ourlées, rendues antiseptiques par l'ébullition dans la solution phéniquée à 5 pour 100, et sur la suture distincte et perdue des plans profonds à l'aide d'un fil de catgut préparé dans l'essence de bois de genévrier et conservé dans l'alcool absolu.

145. Hémato-salpingite suppurée ; laparotomie. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1888, p. 70.)

Présentation d'une pièce, sur laquelle on voit l'ouverture par laquelle le kyste s'était ouvert dans le rectum quelques jours auparavant. Guérison.

146. Quelques considérations sur le curettage de la cavité utérine comme traitement de la métrite hémorrhagique. — (*In* Desmoulin (Paul), *Th. de doct.* Paris, 1887.)

147. Des indications du raclage de l'utérus dans les cas de fongosités. (*In* Mélick, Léon. *Th. de doct.*, Paris, 1887.)

148. Métrite hémorrhagique guérie par le raclage. Opération pendant le sommeil hynoptique prolongé chez une femme hystérique. (*Gaz. méd. de Paris*, 1887, p. 181-322.)

La suggestion hypnotique a été pratiquée par M. Louis Guinon, alors mon interne, et

l'opération a été faite sans aucune douleur. Cette conduite exceptionnelle ne saurait être généralisée.

149. Du traitement du catarrhe cervical rebelle et de l'opération de Schrœder. (*In* Rojecki (F.), *Th. de doct.*, Paris, 1888.)

150. Du curettage de l'utérus ; indications et technique. (*In* Despréaux (Paul), *Th. de doct.*, Paris, 1888.)

151. Étude critique du traitement des salpingites, et en particulier du curettage dans la salpingite catarrhale. (*In* Rizkallah (Alex.), *Th. de doct.*, Paris, 1889.)

Dans cette thèse sont exposées mes idées sur l'utilité du curettage suivi d'injections iodées, comme traitement des métrites compliquées de salpingites catarrhales.

152. Parallèle entre la cautérisation intra-utérine et le curettage. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1890, p. 229-232.)

A ce propos, j'expose les inconvénients de la cautérisation utérine, la technique du curettage, ses indications dans les métrites et les salpingites, et les limites où doit se renfermer cette manœuvre qu'on a trop généralisée dans les inflammations péri-utérines.

153. Sur l'hystéropexie. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 893, 895.) — Rapport sur une opération d'hystéropexie pratiquée par M. Picqué. (*Ibid.*, p. 936-952.)

A propos de la communication à la Société de chirurgie, par M. Terrier, d'un cas d'hystérorrhaphie pour prolapsus utérin, j'ai fait remarquer que cette opération, par un procédé différent toutefois, avait déjà été pratiquée par Olshausen, et indiqué les procédés auxquels on avait eu antérieurement recours.

Quelques semaines après, dans un rapport sur une opération analogue pratiquée avec succès par M. Picqué pour traiter une rétroflexion utérine irréductible, après avoir analysé et commenté ce fait, j'ai repris la question dans son entier. J'en ai retracé successivement l'historique, depuis Kœberlé, la statistique, établi les indications, la technique, le pronostic et les résultats. J'ai montré qu'il fallait distinguer les cas dans lesquels l'opération avait été entreprise spécialement pour la ventro-fixation, de ceux dans lesquels la ventro-fixation n'avait été faite que comme opération accessoire et complémentaire dans le cours d'une autre laparotomie. Il faut encore distinguer les ventro-fixations faites par rétroversion ou par prolapsus.

Dans une autre discussion qui eut lieu le 23 janvier 1889, j'ai insisté sur la préférence qu'il faut accorder dans certains cas, pour pratiquer la suture, aux fils non résorbables

sur ceux de catgut. J'ai décrit mon procédé opératoire (suture en surjet) dans un article subséquent (nº 157).

154. Présentation d'une malade qui avait subi l'opération d'Alexander. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1887, p. 93.)

A propos de cette malade, dont la guérison était complète en quatre mois, j'ai insisté sur l'emploi après l'opération, et seulement pendant quelques jours, d'un pessaire à tige pour redresser le faux pli de l'utérus et maintenir cet organe dans sa nouvelle situation pendant la cicatrisation des ligaments ronds.

156. Rétroflexion utérine et opération d'Alexander-Adams (Raccourcissement des ligaments ronds). Guérison de la rétroflexion et des symptômes douloureux concomitants. (*Gaz. méd. de Paris*, 1887, p. 121.)

Cette observation contient un exposé détaillé du manuel opératoire, où j'ai introduit certaines modifications.

157. Remarques cliniques sur une série de trente laparotomies, par MM. S. Pozzi, de Loustalot-Bachoué et Baudron, internes du service. (*Annales de gynécologie*, 1890, t. XXXIII, p. 353.)

Cette série se compose des faits suivants :

Hystérectomies abdominales pour corps fibreux.	3 cas,	3 guérisons,	0 mort.			
Ovariotomie pour kystes de l'ovaire.	4	—	4	—	0	—
Ovario-hystérectomie (kyste de l'ovaire adhérent à l'utérus).	1	—	0	—	1	—
Ablation des annexes pour pyosalpinx.	8	—	7	—	1	—
Ablation des annexes pour ovarite chronique (maladie kystique des ovaires)	5	—	5	—	0	—
Ablation des annexes pour fibromes utérins. .	1	—	1	—	0	—
Ablation des annexes pour dysménorrhée et troubles nerveux réflexes (Battey).	1	—	1	—	0	—
Laparotomie pour abcès pelviens.	4	—	4	—	0	—
Hystéropexie.	2	—	2	—	0	—
Entérorrhaphie pour fistule pyo-stercorale. . .	1	—	1	—	0	—

Soit 2 cas de mort pour 30 opérations.

La malade morte à la suite de l'ovario-hystérectomie, était âgée de soixante ans et très cachectique. L'opération offrit de grandes difficultés. Néanmoins il n'y eut aucune complication péritonitique. Il faut noter aussi une énorme dilatation de l'estomac, qui descendait jusqu'au pubis en formant une poche affaissée et flasque à la manière d'un tablier. Il est très probable que cette particularité doit entrer pour une part considérable, sinon prépon-

dérante, dans les causes de la mort. En effet, la malade s'est éteinte d'inanition, tous les aliments étant rejetés, le seizième jour après l'opération.

La malade morte après l'ablation d'un pyosalpinx fut prise de péritonite; la tumeur s'était rompue au cours de l'opération et le pus s'épancha dans le péritoine; j'aurais dû, comme je le fais en pareil cas, et comme je recommande de le faire, pratiquer le lavage et le drainage; mais une récente discussion à la Société de chirurgie m'avait poussé à l'abstention, et j'ai eu à m'en repentir.

Une de mes observations d'hystérectomie est intéressante par ce fait que la malade portait un cancer du sein en même temps qu'un fibrome de l'utérus, indice d'une sorte de diathèse néoplasique. L'opération simultanée des deux tumeurs n'offrit ici aucun inconvénient, grâce à la méthode antiseptique, qui permit d'obtenir une réunion par première intention de la plaie mammaire.

158. Relevé statistique des opérations faites dans le service chirurgical de Lourcine-Pascal du 1er juin au 1er novembre 1890, et de la totalité des laparotomies faites le 1er février 1889 jusqu'au 1er novembre 1890. — Remarques sur la laparotomie pour le pyosalpinx. (*Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, décembre 1890, p. 774.)

Pendant cette période de cinq mois, j'ai pratiqué à l'hôpital 85 opérations dont 38 laparotomies et 47 opérations diverses par les voies naturelles. Je n'ai eu que 3 morts, dont 2 laparotomies et 1 parmi les autres opérations. Ces opérations se décomposent ainsi :

Ablation des annexes pour fibromes utérins	3
— pour salpingites parenchymateuses	6
— pour péritonite et salpingite tuberculeuse (tubercules miliaires)	1
— pour hydrosalpinx	2
— pour pyosalpinx	12
— pour hématosalpinx (grossesse tubaire récente avec apoplexie de l'œuf), dont 1 cas avec ovarite suppurée	2
Ovariotomies (grands kystes)	2
Laparotomie pour épiploïte suppurée	1
Hystérectomie abdominale pour corps fibreux	5
Splénectomie	1
Total	38
Guéries	36

Les opérations sur les voies naturelles comprennent 6 hystérectomies vaginales pour cancer. C'est parmi elles que s'est produite la seule mort observée pour ces 47 cas.

J'ai ajouté à la série précédente de mes laparotomies 8 cas opérés en ville du 1er juin 1890 au 1er novembre 1890, savoir :

Hystérectomie pour corps fibreux	1
Pyosalpinx	1
Ovariotomie (kyste para-ovarien)	1
Ablation des annexes pour ovarite chronique	5
Ablation pour salpingite parenchymateuse	1
Total	8

Une seule de ces malades a succombé : l'hystérectomie abdominale pour fibromes.

Si je réunis maintenant ces deux séries à celle des 30 laparotomies publiée dans les *Annales de gynécologie*, 1890, je trouve (du 1[er] février 1889 au 1[er] novembre 1890) un total de 76 laparotomies, la plupart graves, avec 5 morts, et, en faisant abstraction de la splénectomie, qui est une opération véritablement *hors cadre* par sa gravité, il reste 75 laparotomies pour affections dépendant des organes génitaux, avec 4 morts, ainsi réparties : 3 hystérectomies abdominales (dont 2 pour corps fibreux et 1 comme complément d'une ovariotomie laborieuse) et 1 pyosalpinx.

J'ai fait suivre ce relevé statistique de considérations sur l'opération par la laparotomie des suppurations pelviennes. Je me base sur une série de 26 cas (avec 1 seul mort), comprenant ma pratique totale du 1[er] février 1889 au 1[er] novembre 1890.

J'insiste surtout sur les points suivants : 1° Petitesse de l'incision, qui doit seulement permettre le passage de la main ; opérer à l'aide du tact et non en s'aidant de la vue ; 2° Importance des adhérences intestinales au point de vue opératoire et aussi, peut-être, au point de vue étiologique. Certaines infections de la trompe droite ne proviendraient-elles pas d'adhérences à l'appendice cæcal ? 3° Indications spéciales du drainage et du tamponnement antiseptique du péritoine : sa technique ; 4° Importance d'une restauration de la paroi abdominale avec une double suture perdue pour les plans profonds ; 5° La fièvre et la péritonite ne sont pas une contre-indication à l'intervention, tout au contraire ; je cite deux faits, où la laparotomie faite en pleine péritonite a sauvé les malades. Quant à ceux où j'ai opéré pendant la fièvre, ils sont très nombreux ; 6° La laparotomie doit être la règle dans les suppurations pelviennes. Les cas où l'on se bornera à l'incision des collections, par la voie vaginale ou par la voie abdominale, seront exceptionnels. L'hystérectomie vaginale ne saurait être substituée à l'ablation des annexes, comme traitement indirect des inflammations des trompes et des ovaires.

159. Statistique des femmes accouchées dans le service de M. le docteur S. Pozzi, chirurgien de l'hôpital Loureine-Pascal, par le docteur Cl. Petit, interne du service. (*Gazette médicale de Paris*, 20 décembre 1890, 7[e] série, tome VII, p. 604.)

Depuis que j'ai pris possession du service d'accouchement affecté aux femmes syphilitiques (hôpital Lourcine) le 1[er] janvier 1883, il a été fait à la salle Fracastor, jusqu'à la fin de 1889, 665 accouchements.

Cinq décès ont été observés : 1 par maladie de Bright, 1 par tuberculose pulmonaire, 2 par éclampsie, 1 par accidents puerpéraux ; mais il faut noter que cette malade avait été infectée en ville depuis plusieurs jours et qu'elle est morte trois heures après son admission dans le service.

On a donc un pourcentage de 0,75, et de 0,60 p. 100 si on retranche de la statistique la malade morte presque aussitôt son admission dans la salle où elle n'était pas accouchée.

Ces résultats excellents sont dus à l'exacte antisepsie et asepsie rigoureuse. J'ai soin d'exciser les végétations vulvaires qui pourraient infecter le nouveau-né ou l'accouchée.

160. Hystérectomie pour un corps fibreux de l'utérus compliqué d'hydro-

néphrose suppurée adhérant au corps fibreux; ligature élastique du pédicule maintenu à l'extérieur; traitement ultérieur de l'hydronéphrose; guérison. (*Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris*, 1884, p. 304-308.)

La coïncidence des deux affections rendait l'intervention chirurgicale très aléatoire. Je voulais pratiquer l'opération radicale en deux temps, en évitant le plus possible d'aggraver la première opération par la seconde. Dans la première, après avoir vidé l'hydronéphrose par une ponction exploratrice, afin de pouvoir pratiquer l'hystérotomie sans danger de rompre le kyste trop tendu, je fis l'ablation de la tumeur fibreuse. La malade guérit de cette opération. Je fis, quatre mois après, la ponction et l'aspiration du kyste qui s'était rempli de pus. On lava la poche au sublimé et la guérison fut complète.

A propos de cette observation, je repris la question dans un article d'ensemble intitulé :

161. De la valeur des altérations du rein consécutives aux corps fibreux de l'utérus pour les indications et le pronostic de l'hystérectomie. (*Ann. de gyn.*, 1884, t. XXII, p. 1-16.)

Je rapportai quatre observations analogues publiées par Hanot, Hubert, Budin et Polaillon, et de l'examen de ces observations je tirai les conclusions suivantes :

1° La compression de la vessie et des uretères est une complication fréquente des corps fibreux de l'utérus, même de médiocre volume. Elle peut entraîner assez rapidement des altérations graves des reins (hydronéphrose, kystes, sclérose, dégénérescence graisseuse);

2° Cette compression, lorsqu'elle agit sur la vessie, est assez facilement reconnue. Il n'en est pas de même lorsqu'elle porte sur les uretères; le plus souvent, on ne peut que la soupçonner avant qu'elle ait amené la lésion des reins et des troubles dans la constitution normale de l'urine (albuminurie);

3° La compression de la vessie et des uretères doit peser d'un très grand poids parmi les indications opératoires et peut déterminer à elle seule une intervention hâtive du chirurgien;

4° Dans le cas d'hydronéphrose, l'indication opératoire est particulièrement pressante, vu le danger qui menace le seul rein demeuré plus ou moins intact.

Le traitement de ces cas complexes sera rendu moins grave en divisant l'action opératoire. L'hystérotomie sera d'abord faite, et, après sa guérison, on pourra s'attaquer au kyste.

5° Le pronostic de l'hystérotomie est considérablement aggravé lorsque l'analyse des urines aura permis de diagnostiquer une altération rénale. Si celle-ci est très avancée (maladie de Bright confirmée), elle deviendra une contre-indication formelle à l'opération; il n'en sera pas de même d'un très léger degré d'albuminurie, ainsi que le démontre mon observation personnelle.

162. Polype fibreux de l'utérus à apparitions intermittentes définitivement rétrocédé dans la cavité utérine et fixé par des adhérences. Énucléation. Guérison. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1884, p. 779 et *Ann. de gyn.*, 1885, vol. XXIII, p. 97-102.)

Cette observation présente plusieurs points remarquables. Au point de vue de la pathologie, je n'en ai pas trouvé de semblables, car le polype, après avoir été constaté plusieurs fois dans le vagin, est rentré dans la cavité utérine et n'en est plus sorti, sans doute parce qu'il s'y était fixé par des adhérences. Ceci est tout à fait différent de ce qui a été décrit au sujet des polypes à apparitions intermittentes.

Au point de vue opératoire, je signalerai l'utilité de l'*instrument énucléateur*, que j'ai fait construire par M. Collin, et qui peut être employé dans tous les cas d'énucléation véritable de corps fibreux interstitiels (procédé d'Amussat). C'est une sorte de longue spatule, à bords mousses, légèrement courbée sur le plat, de manière à agir obliquement sur les parois utérines, qu'elle ne pourrait perforer ni blesser. Cette courbure a été calculée de manière à n'être ni trop faible, ce qui rendrait son bénéfice illusoire, ni trop forte, ce qui rendrait la manœuvre difficile.

Les phénomènes consécutifs à l'opération sont encore intéressants. Pendant quatre jours, grâce à l'antisepsie intra-utérine, tout va absolument bien; le cinquième jour, la malade prend froid et contracte une pneumonie au troisième jour de laquelle surviennent des phénomènes abdominaux graves qui menacent la vie. A ce propos, j'ai émis diverses hypothèses, entre autres la suivante : Peut-on faire intervenir la théorie de l'*auto-inoculation* (Verneuil) et admettre que les matériaux phlogogènes puisés dans le poumon enflammé sont venus provoquer l'inflammation de l'utérus blessé et du péritoine pelvien?

Cette hypothèse est confirmée actuellement par ce que l'on sait du rôle des pneumocoques dans les inflammations à distance consécutives à la pneumonie. Les matériaux phlogogènes dont j'invoquais l'action en 1884 ne sont probablement autres que les pneumocoques qui, versés dans la circulation, sont venus infecter le foyer opératoire.

163. Étude sur une variété clinique de polypes fibreux de l'utérus (énormes polypes. (*Revue de chir.*, 1885, p. 113-141.)

164. Sur le même sujet (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 427, 448):

Dans ce mémoire, je rappelle le mécanisme par lequel les fibromes utérins se pédiculisent et deviennent polypes vaginaux. Je désigne par le terme d'*énormes polypes* ceux qui, remplissant la cavité du vagin, ne permettent pas au doigt d'arriver au pédicule et ne peuvent ordinairement franchir la vulve qu'au prix de certaines manœuvres. Les observations publiées à ce sujet sont encore peu nombreuses, aussi ai-je cru devoir en faire une étude clinique d'ensemble et indiquer le traitement qui semble leur convenir le mieux. Ce traitement peut hésiter entre l'ablation par l'écraseur et le morcellement. En 1885, j'étais encore partisan de la section préalable du pédicule par l'écraseur et avais imaginé un procédé spécial pour faire parvenir la chaîne jusqu'au fond du vagin. Ce procédé consistait à lier la chaîne à un petit anneau de caoutchouc semblable à ceux qui

servent à retenir des liasses de papiers. L'anneau distendu adhère à la tumeur, et peut être poussé peu à peu jusqu'au pédicule en entraînant la chaîne. Mais, reconnaissant que l'hémorrhagie, qu'on voulait surtout éviter en employant l'écraseur, n'était pas aussi fréquente ni abondante qu'on le croyait, je me suis prononcé en 1889 (*Bull. de la Soc. de chir.*, p. 427) pour le morcellement par l'instrument tranchant. « Opérer vite, disais-je, est la condition capitale pour éviter la perte de sang, car ce n'est pas le polype qui saigne, mais l'utérus tiraillé qui saigne sur le polype. Dans les gros polypes, on doit commencer hardiment par les évider et les morceler, puis, arrivé sur le pédicule, on l'attaque à coups successifs de ciseaux en faisant simultanément la torsion et entamant progressivement tout le pourtour du pédicule. Comme règle, il n'y a pas d'hémorrhagie; s'il en survenait, on s'en rendrait maître facilement par le tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. »

Un autre grand danger de ces polypes, c'est la septicémie vaginale, qui peut devenir générale et entraîner la mort après l'opération. Sur les 13 observations inédites de divers auteurs que j'ai rapportées, 5 fois la mort eut lieu, 2 fois par hémorrhagie et 3 fois par septicémie, et plusieurs opérés ne guérirent qu'après avoir eu des accidents graves. Aussi faut-il avoir recours à une antisepsie rigoureuse de la cavité vaginale avant et après l'opération.

165. Note sur des symptômes de pseudo-métrite liés à une affection du rectum (adénome). (*Ann. de gyn.*, 1884, t. XXII, p. 342-347.)

166. Amputation conoïde du col dans l'allongement sus-vaginal. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1885, p. 892.)

Les opérations sur le vagin et le périnée, suffisantes pour les chutes simples de la matrice, ne le sont pas lorsque la chute de la matrice est produite par l'hypertrophie sus-vaginale. En pareil cas, il faut pratiquer d'abord l'amputation conoïde du col, puis, si elle est nécessaire, la colpo-périnéorrhaphie. A ce prix seulement, on obtient un succès durable.

Je possède plusieurs observations qui prouvent cette proposition, développée par un de mes élèves, M. Loghiadès, dans sa thèse intitulée :

167. De l'allongement hypertrophique et de l'élongation de la portion sus-vaginale du col de l'utérus. (Thèse de doctorat, Paris, 1885, n° 254.)

168. Ovarite chronique, datant de quatre ans, très douloureuse; échec de tout traitement médical; castration double; guérison complète. (*Gaz. méd. de Paris*, 1886, p. 397.)

169. Tumeur fibro-kystique de l'utérus (myomes lymphangiectodes). (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1887, p. 489.)

Il s'agit d'une tumeur de l'utérus, dépassant le volume d'une tête d'adulte, formée par l'hypertrophie considérable de la paroi utérine, laquelle renfermait, entre la muqueuse et la musculeuse, une grande quantité de vésicules faisant hernie sur la coupe et se crevant bientôt spontanément.

170. Présentation d'un porte-aiguille. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1887, p. 222; 1888, p. 898.)

Cet instrument, construit par M. Colin, est destiné à l'emploi des aiguilles plates coubées suivant les bords (dites de Hagedorn), qui ont l'avantage d'être moins fragiles et plus pénétrantes que les aiguilles ordinaires. Je le recommande en particulier pour les opérations gynécologiques : fistules, colporrhaphies, périnéorrhaphies, etc.

171. De la périmétrite et son traitement (*in* Versepuy (A.), Thèse de doctorat, Paris, 1887.)

172. Fistule uretéro-vésico-vaginale guérie par la colpoplastie. (*Ann. de gyn.*, 1887, vol. XXVII, p. 270-274.)

Le traitement de ce cas était particulièrement difficile à cause de la nécessité d'éviter l'occlusion de l'orifice urétéral. Il fallait à la fois fermer la communication du vagin avec la vessie et reporter *intégralement* dans l'intérieur de celle-ci l'orifice (anormal ou normal) de l'uretère sans en diminuer le calibre, sans y toucher si possible.

Or ce but put être atteint par la dissection de deux petits lambeaux créés en dédoublant la cloison vésico-vaginale au niveau de la fistule, et faisant porter l'affrontement et la suture sur ces lambeaux formés seulement par le feuillet inférieur ou vaginal du dédoublement; le feuillet postérieur ou vésical, percé de l'orifice fistuleux, fut alors simplement repoussé dans l'intérieur du réservoir urinaire sans qu'aucun tiraillement fût exercé sur lui; il fut même plutôt relâché par le pincement que l'affrontement du feuillet antérieur produit au-devant de lui.

Grâce à l'antisepsie, les suites de l'opération furent des plus simples, et la guérison fut aussi complète que possible.

173. Remarques sur une observation de M. le Dr Houzel. Fistule vésico-vaginale opérée selon la méthode américaine et fistule vésico-uréthro-vaginale opérée par autoplastie. Guérison. (*Gaz. méd. de Paris*, 1888, p. 16.)

174. Traitement de la grossesse extra-utérine. (*In* Gilchrist (A. V.), Thèse de doctorat, Paris, 1890.)

175. Préface à la traduction de l'ouvrage de Martin : Traité clinique des

maladies des femmes, *trad. franç.*, par les Drs Varnier et Fr. Weiss. Paris, 1888.

Cette préface fait ressortir les principaux travaux de cet auteur et contient l'examen critique de ses opinions sur l'hystérectomie vaginale pour cancer et sur l'énucléation intrapéritonéale pour fibromes.

176. Utilité des pessaires dans les rétroversions réductibles de l'utérus. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 295.)

Les pessaires sont très utiles dans ces cas. Beaucoup de femmes sont ainsi guéries de leurs douleurs et de cette asthénie particulière qu'on peut attribuer aux troubles réflexes du système nerveux, aux troubles gastriques persistants attribués à une dilatation de l'estomac, etc.

177. Sur l'opération de Nicoletis pour remédier à la rétroflexion de l'utérus. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 771.)

Je crois que les résultats obtenus ne sont pas dus au mode de suture, dont l'action est toute théorique; en effet, le point d'appui nouveau donné au segment inférieur de l'utérus, c'est-à-dire la paroi vaginale, est mobile et peut s'allonger sous l'influence de la traction exercée par l'utérus rétro-fléchi. L'amputation du col améliore ou guérit la métrite, et peut ainsi diminuer ou rendre tolérable la rétroflexion.

178. Traitement des suppurations pelviennes. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, séanee du 9 juillet 1890, p. 518.)

Je crois que ces abcès, dont l'origine me paraît plus souvent tubaire qu'ovarienne, doivent être traités par la laparotomie. Si la tumeur est énucléable (pyosalpinx, ovarite suppurée), on l'extirpera; si elle ne l'est pas (abcès pelvien), on l'évacuera, on nettoiera exactement le foyer, et on fera le drainage ou le tamponnement antiseptique du péritoine. En agissant par le vagin, on s'expose à respecter des poches qu'on aurait pu et dès lors dû enlever. Les malades peuvent être ainsi sauvées, mais sont rarement guéries.

179. Dangers de la cautérisation intra-utérine au bâton de chlorure de zinc dans les métrites. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 8 octobre 1890, p. 600.)

Observation d'une malade qui, à la suite de la cautérisation par le bâton de chlorure de zinc, eut la cavité utérine oblitérée. La menstruation étant suspendue (il n'y avait pas d'hémato-salpinx) et la malade souffrant atrocement à chaque époque menstruelle, je pratiquai la castration double. La malade a rapidement guéri et a été débarrassée de ses douleurs.

180. Sur le traitement des myomes utérins. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 5 novembre 1890, p. 677.)

Il est difficile de poser des règles générales; les cas sont très différents, les *types cliniques* très distincts, par conséquent il doit en être de même des procédés opératoires. On ne peut assimiler les myomes pédiculés aux myomes interstitiels et intraligamentaires, ni leur appliquer le même traitement. L'hystérectomie abdominale n'est nullement comparable à l'ovariotomie.

181. *Traité de gynécologie clinique et opératoire.* (1 vol. grand in-8° de 1150 pages avec 491 figures, Paris, G. Masson, 1890).

Ce livre est le résultat de plusieurs années de pratique comme chef d'un service spécialement affecté aux maladies des femmes à Lourcine et de mes recherches bibliographiques sur la question. Grâce au développement qu'a pris le service de gynécologie chirurgicale dans mon hôpital depuis l'adjonction de l'annexe Pascal, j'ai pu, depuis déjà six ans, y faire un enseignement régulier. D'une part, la bienveillance de M. le doyen m'a permis de professer un cours complémentaire libre de gynécologie à la Faculté de médecine; les leçons que j'y ai faites ont servi de canevas à la rédaction de ce livre. En outre, dans plusieurs voyages à l'étranger, j'ai pu étudier de près la pratique des principaux gynécologistes de l'Allemagne et de l'Autriche, et rapprocher leur enseignement de celui des maîtres de la Faculté de Paris qui ont été plus particulièrement les miens.

La part des chirurgiens étrangers dans les progrès accomplis en gynécologie dans ces dernières années est très grande : grâce à la spécialisation, qui n'a pas chez eux le sens défavorable qu'elle a en France, ils ont pu s'adonner exclusivement à l'étude des maladies de l'utérus et de ses annexes; grâce à l'antisepsie, ils ont pu s'attaquer hardiment à ces maladies par des opérations de plus en plus nombreuses. Le rôle des chirurgiens français est de profiter de leur expérience sans tomber dans des excès opératoires dont, trop souvent, mes devanciers n'ont pas su se préserver.

C'est pourquoi j'ai pensé qu'il était opportun d'exposer l'état actuel de la science en gynécologie. Mais, tout en rendant aux étrangers la justice qui leur est due, je ne pouvais oublier, comme ils l'ont fait eux-mêmes, que beaucoup de procédés modernes d'exploration, d'opérations à l'ordre du jour, étaient d'origine française; je citerai par exemple l'exploration bi-manuelle, l'examen au spéculum, la mensuration de l'utérus avec une sonde, le curettage, l'hystérectomie vaginale, etc. L'étude de l'allongement hypertrophique du col, de l'hématocèle rétro-utérine, des inflammations para et péri-métritiques, des kystes de l'ovaire, des métrites, etc., doit encore beaucoup aux autres auteurs français.

Je me suis donc efforcé de présenter, autant que possible, un exposé de l'état actuel de la science dans tous les pays, sans surcharger ma rédaction de détails excessifs; j'ai été, pour cette raison, très sobre de renseignements historiques d'une provenance antérieure à la méthode antiseptique. Cependant je n'ai jamais négligé l'occasion de revendiquer les droits de priorité de chacun, sans acception de nationalité.

Dans la littérature de ces dix dernières années, je me suis borné à renvoyer, à propos de chaque sujet, aux travaux les plus récents et les meilleurs dont j'avais pu moi-même prendre connaissance. J'ai multiplié surtout les renseignements à propos des questions les plus à l'ordre du jour ou les plus litigieuses.

Les opérations récemment entrées dans la pratique gynécologique étant incomplètement décrites dans les traités de mes devanciers français et l'étant parfois avec quelque obscurité dans les traductions des livres étrangers qui se sont multipliées récemment, j'ai cru devoir m'y appesantir. Je suis entré dans quelques détails anatomiques à propos des organes génitaux externes où j'avais à exposer des vues particulières relatives à leur développement et à leur homologie, qui me paraissent jeter un certain jour sur l'origine d'intéressantes malformations.

Un grand nombre de figures me sont personnelles; les autres ont été empruntées à divers traités et monographies.

Cet ouvrage a été accueilli avec grande faveur par le public médical; la première édition a été épuisée en moins d'un an, la seconde en dix-huit mois. Qu'il me soit permis de citer le jugement qui en a été porté dans un des recueils les plus autorisés, les *Archives générales de médecine* (décembre 1890, p. 704-730) : « Ce livre est une sorte d'encyclopédie concise de la gynécologie de tous les pays. On ne saurait toutefois le qualifier de compilation et lui refuser un caractère essentiellement personnel. Assurément, l'auteur semble avoir pris à tâche de s'effacer le plus possible et de citer de préférence ses contemporains ou ses compatriotes. Mais la main de l'ouvrier qui a mis en œuvre ces nombreux matériaux se reconnaît à chaque page, et par le choix raisonné des citations et par le jugement qu'il n'hésite jamais à formuler sur les doctrines nosologiques ou sur les méthodes opératoires. Bien plus, les classifications nouvelles qu'il a introduites dans nombre de sujets jusqu'ici restés fort obscurs ou contestés, constituent une contribution scientifique aussi originale, tout au moins, que la publication d'une série d'observations cliniques ou de résultats opératoires.

On peut dire justement que plusieurs chapitres sont de véritables mémoires personnels, par exemple : l'étiologie et la pathogénie des métrites, la classification et les indications du traitement des corps fibreux, celles du cancer du col, le livre entier relatif aux affections des trompes, et en particulier les chapitres si neufs consacrés à la périmétro-salpingite, au traitement de la grossesse extra-utérine, etc.

En outre, l'auteur a fait preuve d'une érudition consommée, et le labeur immense que supposent l'abondance, la précision et la nouveauté des citations, doit lui valoir la reconnaissance de ses lecteurs. En s'abstenant de tout citer, en effet, il ne s'en est pas moins astreint à citer tout ce qui était de quelque importance, dans les diverses langues, et la bibliographie de ce *Traité de gynécologie* offre ainsi une richesse tout à fait hors de proportion avec celle qu'ont d'ordinaire les ouvrages destinés à l'enseignement. »

Une seconde édition a paru en 1892. Une troisième est en préparation.

Cet ouvrage a été couronné par l'Institut (prix Godard), et par l'Académie de médecine (prix Huguier).

Il a été traduit en plusieurs langues :

En allemand, sur la 1re édition par E. Ringier, avec une préface du professeur P. Müller, de Berne. Bâle, 1892.

En anglais deux fois : sur la 1re édition, par Brooks H. Wells, New-York, 1892 (2 vol.), sur la 2e édition, par les soins de la Sydenham Society, Londres, 1892 (3 vol.).

En espagnol, sur la 1re édition par D. Joaquin Collet y Gurgui, avec une préface du professeur A. Planellas, Barcelone, 1893 (2 vol.).

En italien, sur la 2e édition, par P.-G. Spinelli, avec une préface du professeur Morisani, Milan et Naples, 1895.

182. Des métrites (*Médecine moderne*, 1890, p. 645.)

Je me suis efforcé de donner une description plus méthodique et plus en rapport avec les données actuelles de la science que celles qui avaient été faites jusqu'à ce jour. Pour la classification je me suis placé exclusivement au point de vue clinique, et j'ai pris pour notion directrice le *caractère dominateur*, qu'il soit tiré de la marche, ou qu'il résulte de la prédominance marquée d'un ordre de symptômes. J'ai établi ainsi les formes suivantes :

1° Métrite inflammatoire aiguë.
2° — hémorrhagique.
3° — catarrhale.
4° — douloureuse chronique.

Pour l'*anatomie pathologique*, j'ai décrit pour la première fois avec soin dans notre pays les altérations du col, ulcérations, déchirures, dégénérescence scléro-kystique. J'ai également exposé d'une façon toute nouvelle la pathogénie en me rattachant franchement à la théorie microbienne; j'ai divisé l'infection en hétero-infection, infection mixte, auto-infection.

A propos de l'*étiologie* des métrites, le rôle de la déchirure du col, si exagéré en Amérique, et si injustement méconnu en France, est ramené à ses véritables proportions.

L'étude des *symptômes* m'a paru être considérablement simplifiée par les considérations que j'ai formulées sur le *syndrome utérin* appliqué au fonds commun qu'on retrouve partout dans les maladies des organes génitaux internes, mais qui se manifeste d'une façon typique dans la métrite.

Le *traitement* est exposé d'une façon complète. Sans négliger le traitement médical, je donne la préférence dans presque tous les cas à l'intervention chirurgicale. Je suis le premier qui ait réintroduit en France le curettage, de Récamier, au moment où Doléris faisait également une campagne énergique en faveur du traitement intra-utérin par l'écouvillonnage. J'ai aussi le premier relevé l'amputation du col dans les métrites du discrédit où l'avaient fait tomber chez nous les excès de Lisfranc. J'ai décrit minutieusement les procédés opératoires qu'on doit aujourd'hui préférer.

183. Charrier. — Du curettage précoce dans l'infection puerpérale (service gynécologique de l'hôpital Lourcine-Pascal) (*Archives de Médecine*, août 1891).

Ce travail a été fait entièrement sous mon inspiration et d'après les observations recueillies dans mon service par mon interne.

On sait l'importance que jouent dans l'infection de l'utérus les débris placentaires qui y séjournent après l'accouchement ou l'avortement. Les accoucheurs-gynécologistes, en France, étant par éducation peu disposés aux interventions opératoires, étaient, au moment de l'apparition de ce travail, presque tous partisans de l'expectation et se bornaient aux injections antiseptiques intra-utérines. Il est incontestable qu'on arrive de la sorte à conjurer les accidents immédiats dans la majorité des cas, quoique un

certain nombre de femmes ne puissent ainsi être arrachées à la mort. Mais ces malades sauvées sont-elles vraiment guéries? Ne sont-elles pas exposées aux accidents ultérieurs de métrite et de salpingite? Cela est plus que douteux. De plus, un grand nombre succombent après ce traitement insuffisant pour amener une rapide désinfection.

Depuis 1890 (Cf. *Traité de gynécologie*, 1re édit., p. 615) j'ai préconisé le nettoyage exact de la cavité utérine avec le doigt et la curette mousse, pour désinfecter entièrement l'organe à une époque aussi rapprochée que possible du début des accidents. Dans mon enseignement, reproduit par mon interne, Charrier, j'ai établi la technique opératoire et fait ressortir l'importance d'opérer avec les plus grands ménagements, vu la friabilité de l'utérus, et de faire suivre le curettage de grandes injections intra-utérines faiblement antiseptiques, puis d'un tamponnement temporaire de la cavité de la matrice à la gaze iodoformée. J'ai obtenu ainsi de remarquables succès et j'ai eu récemment la satisfaction de voir ces idées adoptées par plusieurs accoucheurs qui les avaient d'abord combattues.

184. Traitement chirurgical de la métrite, parallèle entre le curettage et la cautérisation avec le bâton de chlorure de zinc (*Semaine médicale*, 1891, p. 87).

Je décris dans cet article les divers accidents qui peuvent suivre la cautérisation excessive qui détruit la muqueuse utérine au lieu de la modifier. J'insiste non seulement sur les rétrécissements du col qui ont été plus particulièrement signalés, mais aussi sur les lésions des trompes qui succèdent à l'oblitération de la cavité utérine. Je cite à l'appui des faits que j'ai observés et où j'ai été forcé de pratiquer consécutivement soit l'ablation des annexes, soit l'hystérectomie.

J'avais déjà indiqué sommairement les inconvénients de cette méthode dans mon *Traité de gynécologie* (1re édition, 1890, page 204) et à la Société de chirurgie au cours d'une discussion (*Bull. et mém. de la Soc. de Ch.*, 1890, p. 229).

185. Grilhaut des Fontaines. — Du traitement de la métrite du col, *Thèse de doctorat*, Paris, 1893.

Ce travail, qui a été fait dans mon service, constitue une revue générale sur la métrite du col. Sur mes conseils, l'auteur est revenu sur quelques points intéressants et nouveaux du diagnostic, de l'étiologie et du traitement.

Il établit qu'il faut d'abord assurer le diagnostic et ne pas traiter comme métrite simple du col certaines pseudo-métrites et certaines métrites symptomatiques d'autres lésions.

L'infection et en particulier l'infection blennorrhagique sont la cause des métrites cervicales.

Le traitement varie suivant qu'il s'agit d'une nullipare ou d'une multipare. Chez la nullipare le col est le plus souvent normal : la dilatation et le curettage suffisent alors.

Si le col est rétréci, et incomplètement développé (col infantile, sténose congénitale), la dilatation et le curettage sont insuffisants, et il faut une opération plastique. J'ai

décrit une nouvelle opération pour remédier au rétrécissement avec conexité du col. C'est la *stomatoplastie par évidement commissural du col* (voir *ci-dessous*).

Abordant le traitement des métrites des multipares, l'auteur rappelle et décrit les divers modes qu'on doit employer suivant les cas ; il condamne l'usage des caustiques comme inefficace et dangereux.

186. Nouvelle opération applicable à la sténose congénitale du col de l'utérus (*Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 1893, p. 93, et *Ann. de gynéc.*, 1893, p. 407).

Cette opération, qu'on peut appeler *évidement commissural du col*, comprend les temps suivants :

1° Section bilatérale du col avec les ciseaux, d'où formation de deux valves (antérieure et postérieure) ;

2° Excision sur les parties latérales de chacune des lèvres d'un lambeau prismatique et triangulaire ;

3° Suture de la muqueuse externe et de la muqueuse interne du canal cervical : j'emploie de préférence des fils d'argent dont on émousse la pointe avec des grains de plomb écrasés.

En procédant ainsi, on évite la reproduction du rétrécissement en créant une fente permanente bilatérale du col qui prolonge en dehors l'orifice. Par la rétraction consécutive elle se rectifie et devient une simple fente transversale.

A l'époque de ma communication j'avais pratiqué quatre fois cette opération ; deux de ces malades furent revues plusieurs mois après ; le résultat avait persisté.

187. Traitement chirurgical de certaines causes de stérilité (sténose du col, vaginisme), communication au 11e congrès des Sciences médicales de Rome (*Ann. de gynéc.*, 1894, p. 589).

J'ai imaginé deux opérations nouvelles par la sténose du col et pour le vaginisme.

A. La *sténose congénitale du col* s'accompagne parfois d'antéflexion et d'une modification de forme et des dimensions du col, qui est conique ou tapiroïde. Les conséquences mécaniques sont la difficulté d'évacuation des règles et de la pénétration du sperme, résultant de cette triple condition : 1° *Étroitesse de l'orifice* ; 2° *coudure* du canal cervical ; 3° *obstruction* de la partie inférieure de ce canal qui est dilaté sous forme de barillet, par l'accumulation du mucus visqueux sécrété par les glandes du col. Cet *engouement muqueux* joue un rôle capital en s'opposant à la fécondation et en provoquant la dysménorrhée et la leucorrhée.

La réfection d'un orifice plus large ou *stomatoplastie* est assurément l'opération la plus rationnelle, mais le procédé ordinaire est défectueux. C'est pour obvier à cet inconvénient que j'ai imaginé l'opération à laquelle j'ai donné le nom de *stomatoplastie par évidement commissural du col*, et dont j'avais donné d'abord communication à la Société de chirurgie quelques mois avant. (Voir *ci-dessus*.)

Je résume dans le présent travail les temps principaux de cette opération, et je rapporte

les bons résultats qu'elle m'a donnés. Une de mes opérées, mariée depuis plus de quatre ans, jusque-là stérile et souffrant de dysménorrhée, est devenue enceinte quatre mois après l'opération.

B. Vaginisme. Je cite l'observation d'une malade mariée depuis huit ans et possédant encore un hymen intact. La région vulvaire était des plus sensibles et tout rapport était impossible. Je conçus l'idée d'une opération ayant pour but d'agrandir la vulve et de déplacer la surface hyperesthésique. Pour cela, la malade étant endormie, j'incisai l'hymen et dilatai fortement la vulve. Je pratiquai ensuite de droite à gauche une incision latérale, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire. Cette incision, longue de trois à quatre centimètres, dépassait un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et formait avec elle une croix et intéressait la partie la plus superficielle de la couche musculaire sous-jacente. Je disséquai ensuite les lèvres de la plaie pour obtenir leur écartement. J'obtins ainsi une plaie losangique à grand axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire; je réunis ensuite la plaie opératoire de manière à obtenir une ligne de suture qui croisait perpendiculairement la direction primitive et qui se trouvait reportée en dehors du point qu'occupait l'insertion de l'hymen.

Le résultat opératoire fut un agrandissement de la vulve, avec un léger renversement de la muqueuse vaginale en dehors de l'orifice vulvaire, ayant pour effet de soustraire au frottement du coït la zone d'où partaient auparavant les actions réflexes. J'ai obtenu ainsi une guérison complète et qui s'est maintenue.

188. Des corps fibreux compliqués de grossesse (*Gaz. méd. de Paris*, 1890, p. 241).

J'ai examiné les complications auxquelles pouvaient donner lieu les corps fibreux dans l'utérus gravide, et les indications opératoires qui en résultaient. J'ai réuni dans un tableau les observations publiées jusqu'à ce jour de myomotomie pendant la grossesse.

189. De la castration pour corps fibreux (*Méd. moderne*, 1890, p. 522).

Dans cet article j'ai cherché à déterminer les cas dans lesquels la castration pouvait et devait être employée. L'anémie grave occasionnée par des métrorrhagies abondantes, répétées et rebelles, s'oppose parfois à l'intervention radicale que ne supporterait pas la malade. La castration doit alors être faite; elle modifie souvent les pertes de sang, soit en les arrêtant, soit en en diminuant l'abondance et la durée. On a pu avoir ainsi de beaux succès.

Elle m'a paru contre-indiquée dans les *très grosses tumeurs* (dangers d'œdème et de mortification); dans les tumeurs même moyennes occasionnant des accidents marqués de *compression*; dans les *tumeurs fibro-kystiques* (bénignité relative de l'hystérectomie, marche galopante de ces tumeurs) et dans les *tumeurs télangiectasiques* (dangers de thrombose).

En général il est impossible de formuler ces contre-indications d'une manière précise avant l'ouverture du ventre. Il y aura souvent à côté de la castration de choix primitif, des castrations de nécessité ou de choix secondaire. Celles-ci seront basées, après ouverture de

l'abdomen, sur les risques excessifs de l'hystérectomie préméditée, tandis qu'on pourra espérer de bons effets de l'ablation des ovaires.

Je décris ensuite en les réglementant les différents temps de l'opération.

En résumé, la castration pour corps fibreux doit, d'après les statistiques, être considérée comme d'une bénignité relative et comme une opération efficace quand elle est judicieusement employée.

190. Valeur de la castration tubo-ovarienne dans le traitement des fibromes (*Congrès français de chirurgie*, 1895, p. 45).

J'ai souvent pratiqué la castration comme traitement indirect des fibromes de l'utérus. Mais je dois dire que j'en suis beaucoup moins partisan aujourd'hui qu'autrefois. Actuellement, la technique de l'hystérectomie vaginale s'est perfectionnée au point de nous permettre d'enlever facilement et sans grand danger la grande majorité des corps fibreux pelviens pour lesquels l'hystérectomie abdominale présente encore une réelle gravité. Or c'était pour ces cas surtout que je faisais la castration. Maintenant je leur applique l'hystérectomie vaginale avec morcellement et forcipressure.

Je réserve l'ablation des annexes pour les cas où une contre-indication réelle empêche l'extirpation de l'utérus; par exemple la débilité extrême de la malade ou la situation pelvienne et intra-ligamentaire de fibromes trop volumineux pour être enlevés par la voie vaginale; en pareils cas, en effet, l'hystérectomie abdominale supra-vaginale est considérablement aggravée.

Je décris incidemment dans cette communication une opération d'***hysteropexie abdominale pour un utérus fibromateux après myomectomie partielle,*** qui m'a donné un remarquable résultat dans un cas des plus graves compliqué d'albuminurie.

191. Remarques complémentaires sur la laparotomie dans le pyosalpinx et les abcès pelviens (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 778 et p. 786).

Dans cette communication j'ai publié pour la première fois quelques particularités techniques, par lesquelles ma pratique diffère de celle d'un certain nombre de mes collègues dans la laparotomie faite pour la suppuration des annexes.

Je fais une incision très petite, seulement suffisante pour laisser passer la main. Je cherche avec le bord cubital le *plan de clivage* suivant lequel le décollement de la tumeur peut s'effectuer. Dans la grande majorité des cas j'opère en me guidant uniquement par le toucher.

Je ne ponctionne la poche à l'aide d'un aspirateur avant de la détacher que lorsqu'elle est volumineuse et à parois minces.

Je fais toujours l'excision des trompes le plus près possible de la corne utérine et je cautérise le pédicule au thermocautère.

Je m'abstiens généralement de drainage, et je ne le fais que contre l'écoulement sanguin en nappe persistant, ou quand le péritoine a été souillé par du pus. Dans ces deux cas j'emploie comme drainage primitif la gaze iodoformée faible, soit en lanière, soit tassée dans un sac à la manière de Mickulicz.

J'attribue une grande importance à la restauration de la paroi abdominale; je ne me borne pas à refermer le ventre par quelques points de suture en masse. Je cherche à obtenir une cicatrice parfaite, résistante et peu visible. Je l'obtiens à l'aide de la suture à trois plans superposés que j'ai décrite pour la première fois dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 19 octobre 1887 (voir *ci-dessus* n° 144). A ce moment, j'étais le seul à l'employer en France; depuis lors, un grand nombre de mes collègues l'ont adoptée.

Convient-il d'opérer quand la malade présente de la fièvre ou des symptômes de péritonite? Ce point paraît encore douteux à beaucoup d'auteurs; pour moi je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Je cite à l'appui de cette thèse deux observations où les malades ont été opérées en pleine péritonite aiguë et ont guéri.

J'aborde ensuite la question de l'incision simple des abcès pelviens et de l'hystérectomie vaginale appliquées aux pyosalpinx et je formule des réserves sur cette dernière opération alors toute nouvelle.

192. De l'infection des annexes de l'utérus par voie intestinale (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, t. XVI, 1890, p. 779).

C'est au cours de la précédente communication que j'ai parlé incidemment d'une cause de salpingite et d'ovarite qui n'avait jamais été spécifiée. J'ai indiqué la fréquence assez grande des adhérences et en particulier l'adhérence de l'appendice cæcal aux pyosalpinx du côté droit. Celle-ci est importante au point de vue opératoire, et l'on se gardera de prendre l'appendice cæcal pour un pédicule tubaire dont les rapports auraient été changés. Mais c'est surtout au point de vue de l'étiologie de certaines suppurations des annexes que les adhérences intestinales méritent plus d'attention qu'on ne leur en a généralement accordé. Dans deux cas, où toute autre origine d'infection faisait défaut, j'ai noté dans les antécédents immédiats, une fois une fièvre typhoïde, une autre fois une entérite. On peut se demander si, dans le cours de ces affections intestinales, des adhérences ne s'étaient pas faites avec les annexes et n'avaient pas servi à y propager des germes.

(J'ai plus tard consigné ce point de vue dans la seconde édition de mon Traité de gynécologie, 1892.)

193. De la périmétro-salpingite (*Progrès médical*, 1891, n° 29-30, 33, 35).

L'inflammation péri-utérine, qui a reçu les noms variés de péritonite, paramétrite, pelvipéritonite, phlegmon du ligament large, adéno-phlegmon juxta-pubien, cellulite pelvienne, est un des chapitres les plus controversés de la gynécologie. C'est aussi l'un de ceux dans lesquels j'ai le plus essayé de jeter quelque clarté.

Nous commençons à arriver à une vue plus nette et plus simple à la fois de ces inflammations, grâce aux notions récemment acquises sur l'inflammation des trompes par l'étude plus éclairée des faits cliniques aidés puissamment des particularités observées pendant les opérations. On le sait aujourd'hui, si le point de départ est fréquemment dans l'utérus (Bernutz et Goupil), c'est le plus souvent d'une salpingite que rayonne l'inflammation qui envahit les environs de l'utérus : ligament large, cul-de-sac de Douglas, tissu cellulaire

pelvien. Il est donc logique de faire entrer la trompe dans la dénomination de la maladie et de réunir toutes ces lésions sous le nom générique de *péri-métro-salpingite*.

Le processus inflammatoire se fait toutefois avec des caractères cliniques très différents par leur marche et leur intensité, suivant les conditions étiologiques ; de là une série de types cliniques distincts quoiqu'une même pathogénie réunisse toutes ces espèces en un même genre. Je décris donc successivement les types suivants : 1° péri-métro-salpingite séreuse ; 2° abcès pelvien ; 3° phlegmon du ligament large ; 4° cellulite pelvienne diffuse.

A propos du traitement je passe en revue les différentes méthodes qui ont été employées : ponction, incision par le vagin, laparotomie transpéritonéale et sous-péritonéale, voie périnéale et voie pelvienne. D'une façon générale, je préfère la laparotomie, car seule elle permet de fixer définitivement le diagnostic dans beaucoup de cas et de s'assurer si l'on a affaire à une poche énucléable (pyosalpinx). Quand cette énucléation ne peut être faite, comme dans les abcès pelviens proprement dits, je préconisais le lavage de la poche suivi de son tamponnement antiseptique à la gaze iodoformée (Mickulicz).

194. Quelques faits pour servir à la discussion sur le traitement des inflammations par la laparotomie ou l'hystérectomie. — Avec la collaboration de M. E. Baudron. (*Revue de chirurgie*, 1891, p. 622.)

Ce mémoire d'une certaine étendue et appuyé sur de nombreuses observations brièvement relatées avait pour but de fournir des pièces au procès pendant entre la laparotomie et l'hystérectomie. A ce moment M. Reclus venait de publier des articles où il recommandait chaudement la voie vaginale. Beaucoup de chirurgiens étaient également ébranlés par les éloquents plaidoyers de P. Segond. Il semblait à beaucoup d'entr'eux que la laparotomie allait être remplacée par l'hystérectomie, non seulement dans les suppurations, mais encore dans toutes les inflammations bilatérales des ovaires et des trompes. On insistait outre mesure sur les difficultés de l'extirpation par la voie abdominale, et le silence sur ce point des défenseurs de la laparotomie pouvait paraître un acquiescement.

C'est alors que je pris le parti de publier un certain nombre de faits pour éclairer le débat. Avec leur aide, je démontrai que la laparotomie, commençant par une incision exploratrice, évite forcément un certain nombre d'erreurs graves qu'on aurait commises en choisissant la voie vaginale. Je discutai ensuite l'efficacité comparée des deux méthodes, et je montrai par des observations que les salpingites parenchymateuses (désignées par M. Reclus sous le nom de scléreuses) guérissent parfaitement par la laparotomie, malgré la gravité extrême qu'il attribuait alors à cette opération.

Dans un second groupe de faits, j'établis que les pyosalpinx, même compliqués de fortes adhérences, peuvent être enlevés et guéris rapidement. Je signale l'utilité, dans certains cas, de la position déclive de Trendelenbourg et de l'éviscération partielle, qui étaient encore alors des nouveautés pour beaucoup de chirurgiens.

Je consignerai ici mes conclusions terminales :

« Nous nous sommes efforcés de réunir dans ce rapide exposé les principaux types cliniques avec lesquels le gynécologiste peut se trouver aux prises, les principales difficultés

opératoires qu'il peut rencontrer. Il nous semble que la laparotomie sort de cette enquête indemne des reproches qu'on lui a adressés.

« Dans tous les cas où le laparotomiste doit se contenter d'ouvrir des abcès pelviens non énucléables, de les nettoyer, de les désinfecter, de les drainer, l'hystérectomiste ne fait pas davantage; peut-être crée-t-il une voie de drainage plus parfaite, et si l'on était toujours sûr en prenant le bistouri de faire en ouvrant le ventre une opération incomplète, nous admettrions que l'on pourrait dans plus d'un cas enlever l'utérus. Mais cette constatation ne peut être faite qu'après l'incision abdominale.

« Au contraire, dans les cas de salpingo-ovarites scléreuses et de pyosalpinx énucléables, l'avantage reste tout entier à la laparotomie, qui laisse, il est vrai, un utérus inutile (et inoffensif quoi qu'on en ait dit), mais supprime complètement et radicalement des organes infectés.

« Peut-être, cependant, l'hystérectomie sera-t-elle une précieuse ressource dans deux catégories de faits et pour des raisons différentes.

Elle pourra être mise en parallèle par certains opérateurs avec la laparotomie dans les cas de suppurations diffuses chroniques du bassin qui succèdent aux pyosalpinx doubles devenus adhérents et compliqués de collections purulentes circonvoisines (pachy-pelvipéritonites de Reclus). Certes, j'ai montré par des observations que ces faits ne sont pourtant pas au-dessus des ressources de la laparotomie; mais je reconnais qu'elle offre des difficultés considérables et demande une expérience particulière. L'hystérectomie donc alors pourra paraître préférable à beaucoup de chirurgiens qui ont, si je puis m'exprimer ainsi, cette opération plus *en main*, et l'on ne saurait nier qu'elle ne soit capable de donner la guérison en provoquant un drainage excellent des poches purulentes. Mais il y a une véritable exagération à présenter dans ces cas graves l'hystérectomie comme facile, et je résumerai ma pensée sous cette formule : « *L'hystérectomie pour lésions des annexes n'est indiquée que quand elle est très « difficile* ».

« Reste toute une série de cas pour lesquels je ne suis pas éloigné d'admettre la supériorité de l'hystérectomie avec ablation des annexes sur la simple castration ovarienne par voie abdominale. Mais, à vrai dire, ces faits sont tout à fait en dehors de la question controversée. Je veux parler des femmes chez lesquelles la fonction génitale est périodiquement l'occasion de troubles excessivement douloureux et de réflexes nerveux graves, et chez lesquelles le chirurgien a surtout pour but la suppression de cette fonction. Dans ces cas-là on peut se demander si la suppression totale de l'appareil génital, ou *castration utéro-ovarienne*, n'est pas préférable à la castration ovarienne simple. J'ai suivi cette conduite chez deux malades et je n'ai eu qu'à m'en féliciter. »

195. Discussion sur la pelvi-péritonite aiguë et son traitement. (*Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 430.)

Dans cette discussion, j'ai tenu à montrer que le mot de *péri-métro-salpingite* (par abréviation pour *péri-métro-oophoro-salpingite*) a pour but d'indiquer expressément que ces inflammations sont consécutives sans exception à une lésion de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire. C'est pourquoi j'ai adopté ce mot quand j'ai voulu présenter un tableau d'ensemble des inflammations intra ou extra-péritonéales du petit bassin d'origine génitale. Le mot *pelvi-péritonite* laisse au contraire ce point dans le doute et paraît même indiquer

qu'il s'agit d'une inflammation primitive du péritoine et non d'une inflammation secondaire. Si l'on peut me reprocher un néologisme, on avouera qu'il est guidé par l'analogie : pour les inflammations du péritoine et du tissu cellulaire qui contournent le foie et le le cæcum ne dit-on pas *péri-hépatite* ou *péri-typhlite*?

196. Charrier. Faits cliniques, considérations et remarques pour servir à l'histoire du pyosalpinx. (*Gaz. méd.*, 1891, p. 205, 216, 253, 281, 294, 305.)

Dans cette suite d'articles, j'ai fait publier par mon interne les observations de 15 laparotomies pratiquées par moi en 1890-1891 pour pyosalpinx. La plupart de ces observations sont accompagnées de remarques destinées à faire ressortir certains points intéressants, soit au point de vue clinique, soit au point de vue opératoire.

Je fais généralement subir aux malades un traitement antiseptique pré-opératoire d'une certaine durée et je n'hésite pas à les endormir pour compléter l'examen quand cela est nécessaire.

Les 15 salpingotomies pour pyosalpinx ont toutes guéri, et, sauf 2, la plaie abdominale a toujours été réunie par première intention. Ce résultat a été obtenu, même lorsqu'on a dû faire le drainage. J'ai insisté sur la nécessité du drainage capillaire de la cavité pelvienne pour la plupart des affections suppurées des annexes quand il y a eu souillure du péritoine. Ce drainage n'est autre que celui de Mickulicz plus ou moins modifié suivant les cas. En effet on n'a pas toujours besoin d'avoir recours au tamponnement complet; une simple lanière de gaze iodoformée placée profondément dans le cul-de-sac de Douglas et sortant par la partie inférieure de la plaie suffit le plus souvent.

J'ai fait mettre en relief par mon élève la fréquence de l'infection puerpéro-gonorrhéique dans ces affections.

Dans les cas de friabilité excessive de certaines trompes qui sont coupées par la soie, j'assure l'hémostase par un surjet en catgut.

Enfin, j'ai insisté sur les dangers de toute manœuvre opératoire sur l'utérus (curettage, etc.) lorsqu'on a constaté des salpingites kystiques. On s'expose ainsi à provoquer la rupture d'un pyosalpinx.

197. Charrier. De la castration chez la femme (opération de Battey) comme traitement de la dysmenorrhée dans la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire. (*Gaz. méd. de Paris*, 1892, p. 462.)

Cet article se rapporte à plusieurs cas où je dus pratiquer la castration pour dysménorrhée intense d'origine ovarienne. Chez une malade, je pus me borner à enlever les annexes d'un seul côté. Les résultats furent excellents sans exception.

198. Sur le choix des fils à suture. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1891, p. 498.)

J'ai pris la parole dans cette discussion pour défendre l'emploi du catgut comme moyen

de suture. En effet, je crois qu'on peut obtenir facilement un catgut absolument stérile. Dès lors sa supériorité devient évidente.

Dans les ligatures d'artères par exemple, un catgut qui tient huit jours et se résorbe ensuite est certainement le meilleur fil. Pour les ligatures perdues, au cours d'une amputation, rien ne peut lui être préféré.

Dans les cas de suture d'*affrontement*, pour les réunions profondes, il est encore supérieur. Il a l'avantage de ne pas donner d'infections secondaires à titre de corps étranger perdu au milieu des tissus.

Pour les pédicules, par contre, je me sers toujours de soie; il en est de même pour les sutures de *soutènement* destinées à subir un certain effort. Enfin j'emploie encore la soie dans les *pexies*.

Le fil d'argent ne doit pas être abandonné; il est utile pour affronter les muqueuses dans une cavité où l'asepsie est difficile, le vagin par exemple.

Le catgut que j'emploie avec succès est soumis à certaines précautions préalables : 1° il doit être bien dégraissé à l'éther ; 2° il faut ensuite le stériliser à l'étuve à 140° pendant une heure environ; 3° on l'immerge d'abord dans l'huile d'essence de bois de genévrier, et puis définitivement dans de l'alcool rectifié additionné d'un dixième d'essence de bois de genévrier.

En résumé, je considère le catgut bien préparé comme supérieur aux autres fils pour les ligatures d'artères et les sutures perdues d'affrontement profond, comme inférieur dans les sutures de soutènement et de fixation.

199. Résection partielle de l'ovaire et salpingorrhaphie. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 591.)

Cette communication se rapporte à deux malades que je présentai à la Société. Elles avaient subi une résection partielle de l'ovaire pour dégénérescence scléro-kystique. A l'une d'elles je fis en même temps une salpingorrhaphie, c'est-à-dire la fixation du pavillon de la trompe saine à l'ovaire réséqué.

Ces deux malades, qui souffraient beaucoup d'ovarite chronique, ont été délivrées complètement de leurs douleurs par une opération qui leur a laissé leur fécondité. A l'époque de ma communication, cet heureux résultat était obtenu depuis 5 mois chez l'une et depuis 5 mois et demi chez l'autre. La guérison était donc alors chez mes opérées aussi complète que si elles avaient été entièrement châtrées.

(L'expérience m'a prouvé depuis que ce résultat pouvait être durable et même que la fécondation pouvait se faire.)

Dans quels cas doit-on faire la résection partielle de l'ovaire ?

Elle avait été faite d'abord par Schrœder, Martin, etc., pour des ovaires partiellement envahis par des kystes dermoïdes, des gros kystes folliculaires, etc. L'altération scléro-kystique pour laquelle on a souvent pratiqué la castration me paraît devoir être traitée presque toujours par la méthode conservatrice.

L'intégrité du pavillon de la trompe, sa perméabilité qu'on constate facilement avec un stylet, sont pour moi une condition indispensable du succès. Je n'ai en effet que très peu de confiance dans les tentatives de rétablissement de la perméabilité de la trompe oblitérée par une inflammation ancienne (salpingostomie et résection de la trompe d'A. Martin).

Mais si je repousse la résection de la trompe, je considère comme très utile en bien des cas la suture de la trompe à l'ovaire, après l'avoir détachée des adhérences qui la maintenaient loin de cet organe (salpingorrhaphie ou salpingopexie).

200. Discussion sur l'intervention chirurgicale dans les névralgies pelviennes. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 723.)

Je pris la parole dans cette discussion pour dire qu'il y avait lieu de distinguer les faits en deux catégories : ceux où on constatait une lésion (adhérences, dégénérescence de l'ovaire, etc.) et ceux où toute lésion faisait défaut d'après l'examen clinique. Dans ce second cas il faut, avant de songer à une castration, commencer par établir que toute une thérapeutique éclairée a été épuisée. Il s'agit souvent de névropathes ou d'hystériques pour lesquelles la médecine est plus efficace que la chirurgie.

En résumé, dans les cas où la douleur paraît être l'élément principal, je réserve l'intervention :

1° Aux petites lésions bien constatées ;

2° Aux dysménorrhées graves d'origine ovarienne et en particulier aux cas de développement incomplet des organes génitaux internes.

Je repousse l'intervention chez les hystériques avérées où la castration est sans résultats durables et aggrave même parfois les troubles nerveux.

Quelle est la meilleure opération ? Dans les cas de petites lésions des ovaires, je préfère la voie abdominale qui est si facile et si bénigne. Dans les cas où l'opération est faite pour dysménorrhée avec réflexes nerveux graves sans lésions apparentes autres que le développement incomplet de l'utérus et des annexes, je suis partisan de l'hystérectomie, c'est-à-dire de la castration utéro-ovarienne. (Voir plus haut, n° 194.)

201. Charrier et Cazenave. Castration tubo-ovarienne comme traitement des métrorrhagies causées par les fibromes et de la dysménorrhée ovarienne ; d'après les documents et observations recueillis dans le service du docteur Pozzi. (*Gazette médicale de Paris*, 1892, p. 433.)

Pendant l'année 1890-91 je fis plusieurs fois l'ablation des annexes comme traitement indirect des corps fibreux. Ces observations furent publiées par mes élèves pour montrer comment j'avais été amené à cette méthode thérapeutique.

Les suites opératoires ont été des plus simples et les malades furent très améliorées, sinon guéries. Les deux premières malades présentaient un ensemble de symptômes auxquels j'ai donné le nom de *type métritique* ; ce sont des cas où le petit volume de la tumeur ne donne lieu à aucun phénomène morbide et où l'hémorrhagie et la douleur constituent les symptômes principaux. L'ablation des annexes est alors facile et bénigne, et, sauf quelques exceptions, elle empêche le retour des métrorrhagies et amène parfois l'atrophie de l'utérus. (Malgré ces améliorations indiscutables, je préfère aujourd'hui pour ces cas une intervention plus radicale, l'hystérectomie vaginale dont le manuel opératoire s'est perfectionné.)

Dans la troisième observation, il ne s'agissait plus d'une opération de choix, mais d'une

opération de nécessité; toute autre intervention eût été fatale pour la malade. En effet, il existait une tumeur très volumineuse, des adhérences intestinales multiples, une anémie extrême par hémorrhagies répétées et abondantes.

Dans la quatrième observation, je signale la difficulté du diagnostic pour certains corps fibreux, et les erreurs qui en sont la conséquence. C'est ainsi que, même sous le chloroforme, on a pu prendre pour un corps fibreux un ovaire dur augmenté de volume, tombé dans le cul-de-sac de Douglas et adhérent à la face postérieure de l'utérus. De plus, l'erreur était alors d'autant plus facile que l'utérus était très augmenté de volume, et qu'il y avait des métrorrhagies abondantes.

202. Charrier. De l'oophoro-salpingite chronique non suppurée. (*Gazette méd. de Paris*, 1892, p. 505.)

Cet article relate quinze observations de malades opérées dans mon service pour des affections non suppurées des annexes ou d'oophoro-salpingites chroniques, toutes suivies de succès.

Dans tous ces cas la trompe était oblitérée; elle présentait des altérations anatomiques différentes. Tantôt la trompe est ratatinée et à parois épaissies; je donne alors à la lésion le nom de *salpingite parenchymateuse*. Tantôt ses parois sont minces et elle est kystique et dilatée; elle constitue l'*hydrosalpinx* dont le contenu liquide est clair, citrin ou séreux.

Dans presque toutes ces observations et dans les cas similaires, j'ai relevé dans l'étiologie la blennorrhagie comme cause manifeste.

203. A propos de la laparotomie dans la péritonite aiguë. (*Congrès français de chir.*, 1892, p. 293.)

La laparotomie doit être tentée dans les péritonites aiguës qui sont consécutives à des lésions inflammatoires des annexes. J'ai réussi, dans deux cas de ce genre. Dans l'un d'eux qui a été publié (*Revue de chirurgie*, août 1891, p. 622), il s'agissait d'une pelvi-péritonite aiguë autour des trompes enflammées. Dans le second cas, il y avait une péritonite développée autour d'annexes anciennement enflammées, à l'occasion d'une infection grippale (fait que j'ai observé déjà une autre fois).

Voici comment j'ai alors procédé : libération des adhérences intestinales récentes et anciennes, ablation des annexes, lavage du péritoine, drainage. Ces deux cas très graves ont guéri.

204. Roussan. Observations pour servir à l'étude du varicocèle pelvien. *Thèse de Paris*, 1892.

Ces observations, prises dans mon service, et quelques-unes des pièces qui s'y rapportent avaient déjà servi de base à un travail d'histologie pathologique de M. Petit, publié dans les *Nouvelles Archives de gynécologie*.

Voici les conclusions résumées de la thèse de mon interne Roussan :

1° Le varicocèle pelvien est fréquent. On le rencontre dans nombre d'autopsies et très souvent au cours d'interventions chirurgicales (laparotomies).

2° En dehors des cas où les influences mécaniques sont manifestes (fibromes, grossesses, etc.), il en existe où le varicocèle est pour ainsi dire primitif, et alors il semble être sous la dépendance d'un état général.

3° L'examen histologique de plusieurs pièces a permis de conclure que du côté de l'ovaire la maladie présentait deux phases : une première qu'on peut dire mécanique ou de congestion passive et où l'ovaire est hypertrophié, œdémateux, pseudo-kystique ; une deuxième qui aboutit à l'atrophie et à la transformation scléro-kystique.

4° Parmi les symptômes marquants on trouve des troubles métritiques, relevant des congestions passives, bien plus que d'une métrite vraie. (J'ai donné à ces cas le nom de *pseudo-métrite*.) Ces congestions se manifestent par des métrorrhagies rebelles le plus souvent au curettage et guérissent après la disparition de la cause (ablation de tumeur, castration).

5° Les douleurs très vives, les désordres nerveux graves, les hémorrhagies rebelles et abondantes font de la castration le seul traitement rationnel, les ovaires étant alors profondément altérés.

205. Charrier. Péritonite blennorrhagique. *Thèse de Paris*, 1892.

C'est sous mon inspiration que mon interne, profitant des nombreuses observations recueillies dans mon service, a cherché à déterminer ce qui relevait de l'infection blennorrhagique dans les inflammations du petit bassin de la femme.

L'auteur a fait ressortir les particularités anatomo-pathologiques et cliniques de cette infection, et a résumé dans ce travail les dernières recherches bactériologiques parues sur cette question.

En voici les conclusions principales :

Deux formes de péritonite septique existent chez la femme.

L'une est dite puerpérale et est due à l'infection consécutive à un accouchement, à un avortement. Le streptocoque pyogène est le microbe ordinaire de cette péritonite. Celle ci peut également être provoquée par un cathétérisme ou un examen septique.

L'autre peut être appelée *périmétro-oophoro-salpingite*, car elle est presque toujours localisée au péritoine du petit bassin. Elle représente la grande majorité des anciennes *pelvi-péritonites*. Cette infection est spéciale par sa marche et par sa cause. Elle succède à l'infection gonococcique des voies génitales inférieures : vulve, glande de Bartholin et vagin. Elle gagne ensuite le col et le corps de l'utérus, les annexes et le péritoine.

Cliniquement elle procède par poussées, d'où le nom de *rémittente* que quelques auteurs lui ont donné. Ces poussées coincident souvent avec les menstrues, les excès sexuels, etc.... L'auteur lui a donné le nom de *péritonite blennorrhagique*.

Enfin les deux péritonites peuvent se combiner, et l'on a alors une péritonite *puerpéro-gonorrhéique*.

206. Relevé statistique des opérations pratiquées à Lourcine-Pascal dans le service de M. S. Pozzi pendant les années scolaires 1890-91 (d'après les observations et avec l'aide de MM. Charrier, Baudron et A. Martin, internes du service) (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 507).

Pendant cette période j'ai pratiqué 458 opérations. Je n'ai eu que 16 morts dont 10 laparotomies, 4 hystérectomies vaginales, 1 splénectomie. Ces opérations se décomposent ainsi :

I. — Laparotomies.

Total général	175
Morts	10
Pourcentage	5,71

Ces laparotomies ont été faites pour :

Ablation des annexes pour fibromes utérins	7 opérations,	7 guérisons.
— salpingites parenchymateuses	24 —	24 —
— salpingites tuberculeuses	2 —	2 —
— hydrosalpinx	5 —	5 —
— hématosalpinx :		
A. Sans grossesse tubaire	4 —	4 —
B. Grossesse extra-utérine avant le 5[e] mois	4 —	3 —
Laparotomie pour hématocèle rétro-utérine	1 —	1 —
— pyosalpinx avec ou sans périmétrite suppurée	54 —	50 —
— ovaires scléro-kystiques	22 —	22 —

Ovariotomies pour grands kystes prolifères de l'ovaire :

A. Kystes prolifères glandulaires	12 opérations,	11 guérisons.
B. — — papillaires	1 —	1 —
C. — inclus dans le ligament large	5 —	4 —
D. — dermoïdes —	3 —	3 —
E. Tumeurs malignes de l'ovaire	2 —	2 —
Ablation des annexes pour salpingite catarrhale	1 —	1 —
— salpingite et péritonite aiguë	1 —	1 —
Laparotomies exploratrices	4 —	4 —
Hystérectomie abdominale supra-vaginale	16 —	14 —
Myomotomies :		
A. Énucléation des fibromes interstitiels	1 —	1 —
B. Énucléation de plusieurs gros fibromes intra-ligamentaires	1 —	0 —

II. — Hystérectomies vaginales.

Total général	31
Morts	4
Pourcentage	12,90

Ces hystérectomies se décomposent ainsi :

Hystérectomie vaginale pour épithélioma	13 opérations,	10 guérisons.
— — fibro-sarcome	1 —	1 —
— — suppurations pelviennes	8 —	8 —
— — lésions bi-latérales des annexes	1 —	1 —
— complémentaire à une laparotomie pour métrorrhagie rebelle	1 —	1 —
— pour tuberculose utérine	1 —	1 —
— pour atrésie du col et développement génital incomplet	1 —	1 —
— pour corps fibreux	4 —	4 —

III. — Opérations gynécologiques diverses par les voies naturelles.

Total général	244
Morts	1

Cette mort est survenue à la suite d'un curettage. La malade a succombé avec des accidents péritonéaux. A l'autopsie, on a trouvé un pyosalpinx et une péritonite généralisée à point de départ pelvien. Ce fait est unique dans ma pratique et montre les dangers du traitement indirect des lésions des annexes.

IV. — Opérations abdominales non gynécologiques.

Total général	7
Morts	1

Ces opérations sont :

Splénectomie	1 opération,	1 mort.
Néphrectomie sans péritonéale	1 —	1 guérison.
— lombaire	2 —	2 —
Kystes hydatiques du foie suppurés	2 —	2 —
Néphropexie	1 —	1 —

207. Du phlegmon du ligament large (leçon clinique recueillie par M. A. Martin, interne de service). (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1893, p. 513).

208. De la cicatrice abdominale après la laparotomie pour l'ablation des annexes. (*Congrès français de chir.*, 1891, p. 210.)

Dans la discussion sur les résultats éloignés de l'ablation des annexes par la laparotomie, plusieurs orateurs ont signalé la difformité résultant de la cicatrice abdominale, et quelques-uns y ont trouvé un argument en faveur de l'hystérectomie vaginale.

A l'encontre de cette opinion j'ai cru devoir rapporter les résultats de ma pratique, et signaler mon procédé de suture. Depuis que j'emploie la technique que je vais décrire, je n'ai plus d'éventration, ni même de distension de la cicatrice au niveau de la suture. D'une façon générale mes incisions ne dépassent pas 5 à 7 centimètres de longueur. Pour détacher les annexes et les extraire, je me guide sur le toucher seul, et ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles que je contrôle le toucher par la vue.

J'ai recommandé dès cette époque la position déclive de Trendelenburg, avant qu'aucun chirurgien français ne l'eût appliquée aux opérations gynécologiques. Je me contente le plus souvent de l'obtenir durant quelques minutes, sans appareil ou table spéciale, en plaçant les jarrets de l'opérée sur les épaules de deux aides, qui soulèvent ainsi fortement le bassin.

Quant à ma suture des parois abdominales, c'est celle que j'emploie depuis 1880, et que j'ai déjà décrite (voir plus haut n° 144).

209. Sur un nouveau mode de suture de la peau (suture intra-dermique). (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1894, p. 145.)

Je me suis toujours efforcé, dans mes différentes opérations, d'obtenir des cicatrices les moins visibles possible. Or, quelle que soit la nature du fil que l'on emploie (soie, catgut, crin de Florence, fil d'argent), l'empreinte du fil reste parfois marquée sous forme de stries rouges d'abord, plus tard blanches ou se chargeant de pigment.

Le nouveau procédé que j'ai décrit met à l'abri de cet inconvénient.

Cette suture peut être faite à *points séparés*, et alors il faut employer le catgut, ou être *continue* en surjet. C'est ce dernier mode qui est appelé à rendre le plus de services.

Voici comment je procède : Je me sers de soie fine, d'une aiguille d'Hagedorn petite et courbe. Je fais fixer l'angle supérieur de la plaie; chacune des lèvres est tour à tour tendue et un peu renversée à l'aide de deux pinces à disséquer, dont l'une est tenue par le chirurgien et l'autre par son aide.

L'aiguille pénètre d'abord à 1 centimètre au-dessus de l'angle supérieur de la plaie, traverse toute la peau pour sortir dans la plaie, entraînant avec elle le fil jusqu'au niveau d'un nœud. L'aiguille pénètre ensuite dans l'épaisseur d'une des lèvres, où elle suit un trajet intra-dermique de 3 à 4 millimètres; elle ressort et est portée du côté opposé. La deuxième lèvre de la plaie est piquée juste au niveau du trou de sortie du fil sur l'autre lèvre et le trajet intradermique du fil est poursuivi, alternativement, à droite et à gauche, et ainsi de suite jusqu'à la partie inférieure de la plaie.

Lorqu'on a achevé cette manœuvre, la plaie est réduite à la ligne d'incision et le fil est caché complètement, sauf aux deux extrémités. Lorsque la réunion est obtenue on enlève le fil en tirant sur le bout inférieur après avoir sectionné le nœud du bout supérieur.

200. De la Nièce. — Contribution à l'étude de l'hématocèle post-opératoire. (*Thèse de Paris*, 1893.)

Cette thèse a été faite sous mon inspiration et est basée sur des observations de mon service. L'accident post-opératoire qu'elle décrit était à peine signalé à l'étranger et il n'en existait pas d'observation française.

L'hématocèle qui succède parfois à l'ablation des annexes par la laparotomie est toujours extra-péritonéale et forme un hématome intra-ligamentaire.

Elle se termine, en général, par résolution; quelquefois elle peut s'ouvrir dans le rectum, ou suppurer. Enfin on observe parfois une marche chronique de l'affection.

L'altération antérieure des vaisseaux (varicocèle utéro-ovarien, phlébolithes) facilite les ruptures vasculaires que déterminent, en général, un effort et qui coïncident avec la réapparition post-opératoire des règles et les troubles congestifs qui l'accompagnent.

211. A. Martin. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines par la laparotomie pour tubo-ovarites. (*Thèse de Paris*, 1893.)

Mon interne a basé ce travail sur 45 observations d'ablation des annexes par laparotomie que j'ai pratiquées dans mon service pour lesquelles il est parvenu à recueillir les suites éloignées. La plupart de ces malades ont été revues deux ou trois ans après l'opération.

Voici le résumé de ses conclusions :

I. — Pour les *ovarites chroniques*, les résultats éloignés de l'ablation des annexes sont satisfaisants. Dans tous les cas les malades sont très soulagées et peuvent reprendre leur existence habituelle.

La laparotomie doit être ici l'opération de choix :

1° Elle permet de voir *de visu* si indubitablement les annexes sont malades;

2° Elle permet la conservation d'organes incomplètement dégénérés en permettant une intervention conservatrice (résection et ignipuncture);

3° Il n'est pas démontré encore que dans les lésions bilatérales l'hystérectomie vaginal. donne de meilleurs résultats.

II. — Pour les *lésions suppurées et parenchymateuses*, les résultats sont presque parfaits. La douleur disparaît; les métrorrhagies régulières ou irrégulières qu'on observe après l'opération ne sont jamais inquiétantes et sont très souvent salutaires. L'éventration est tout à fait exceptionnelle et dépend avant tout de la technique de la suture.

Ici encore la laparotomie permet : 1° de constater la bilatéralité des lésions; 2° l'ablation complète des organes malades; 3° les adhérences sont détachées sans danger pour l'intestin; 4° l'utérus dépourvu d'annexes n'est pas un organe inutile, car l'exhalation sanguine qu'il produit paraît souvent avoir un effet salutaire, et sa présence contribue à conserver la solidité du plancher pelvien.

III. — On observe souvent, après l'ablation des annexes, des troubles généraux, tels

que : bouffées de chaleur, phénomènes congestifs divers, des troubles psychiques variables. Toutes les malades dont l'observation a pu être suivie ont été radicalement guéries ou améliorées d'une façon notable.

212. Des opérations conservatrices de l'ovaire (résection, ignipuncture). Communication faite à l'Académie de Médecine le 21 février 1893. publiée dans les *Ann. de gyn.et d'obst.*, mars 1893.

Même sujet. — 61e réunion de la *British Medical Association*, tenue à Newcastle. (*British Medical Journal*, septembre 1893, p. 618.)

Le progrès de la chirurgie doit amener cette science à être de plus en plus conservatrice. Chacune de ses branches a présenté les marques de cette évolution. N'est-il pas possible d'appliquer aux trompes et aux ovaires une thérapeutique conservatrice? Ce problème, malgré sa haute importance, n'a encore été abordé que par un très petit nombre de gynécologistes.

L'objet de cette communication était de montrer une série d'observations où une opération conservatrice m'avait donné les résultats les plus encourageants.

Avant de donner un résumé de mes observations, j'ai tenu à préciser dans quelles conditions et dans quelles limites peut s'exercer la chirurgie conservatrice des annexes. Je n'ajoute aucune foi aux opérations ayant pour but de restaurer les fonctions d'une trompe malade. En d'autres termes, l'ovaire seul est justiciable des opérations partielles.

Il suffit d'une très petite quantité de tissu ovarien pour assurer la régularité de la menstruation et permettre la fécondité. Les résections partielles ont surtout été pratiquées jusqu'ici dans les cas de tumeurs kystiques; la dégénérescence micro-kystique de l'ovaire me semble aussi devoir être justiciable de cette intervention conservatrice.

Dans mes premières opérations conservatrices, je pratiquais la résection au bistouri. Au préalable, je m'assurais de la perméabilité de la trompe, en introduisant un stylet dans son pavillon et en la poussant jusqu'à la corne utérine. Cette manœuvre se fait avec la plus grande facilité. En second lieu, tandis qu'un aide fixe l'ovaire entre ses doigts, le chirurgien pratique la résection de la partie altérée par deux incisions qui circonscrivent un segment cunéiforme. Les deux lèvres de la plaie sont réunies à l'aide d'un surjet au catgut qui assure, à la fois, la coaptation et l'hémostase.

Telle a été ma manière de procéder dans mes premières opérations. J'y ai joint dans certains cas une manœuvre complémentaire, la fixation sur le moignon de l'ovaire du pavillon de la trompe, à l'aide de quelques points de suture. Cette *salpingorrhaphie* a pour but de s'opposer à ce que la trompe ne s'égare pas loin de l'ovaire. Cette suture est surtout utile lorsqu'on a eu à libérer la trompe en déchirant les adhérences susceptibles de se reproduire.

J'avais déjà au moment de cette communication modifié ma technique primitive et substitué fréquemment l'*ignipuncture* à la résection. En effet, lorsque l'ovaire présente des lésions très disséminées, constituées par des kystes de petit volume, il est beaucoup plus expéditif et sans doute plus efficace de substituer l'action du cautère à celle de l'instrument tranchant. On peut, en s'aidant de la vue et du toucher, découvrir tous les points

transparents et dépressibles à la surface de l'organe. Avec le petit couteau du thermo-cautère on ouvre successivement ces petits kystes et on brûle la surface interne. Dans les cas d'*ovarite diffuse œdémateuse* où l'ovaire est augmenté de volume et infiltré de liquide, il est bon de faire pénétrer la pointe du couteau assez profondément.

Je termine ma communication en discutant certaines objections sur les renseignements dus à l'observation clinique de mes 12 opérées. Chez toutes, les suites de l'intervention ont été des plus bénignes; chez toutes, les douleurs ont été abolies ou diminuées. Les règles ont présenté une régularité remarquable. En un mot, les résultats ont été aussi satisfaisants que par la castration, sans porter une atteinte irrémédiable aux fonctions génitales.

213. Delaunay. — Des opérations conservatrices de l'ovaire (ignipuncture, résection partielle). (*Thèse de Paris*, 1893.)

Cette thèse est le développement de la précédente communication. Mon interne a réuni dans ce travail mes premières opérations conservatrices de l'ovaire, c'est-à-dire les cas où j'ai pu limiter le sacrifice à une partie de l'ovaire de façon à conserver à la femme sa fécondité.

Après avoir fait l'historique de la question, et montré que la résection partielle n'avait guère été faite que dans les cas de kystes dermoïdes, de gros kystes folliculaires, de kystes prolifères, l'auteur dit que les observations qu'il rapporte sont surtout des exemples d'ovarite diffuse, et d'ovaires scléro-kystiques avec intégrité de la trompe qui sont particulièrement justiciables de l'opération conservatrice.

Il ajoute que je pratique aujourd'hui moins souvent la résection de l'ovaire. Je la réserve aux gros kystes folliculaires (séreux ou sanguins) et aux kystes du corps jaune dont le volume se rapproche de celui d'une petite noisette. Dans tous les autres cas, je me contente de l'ignipuncture.

Voici les conclusions de la thèse de mon élève :

1° Certaines lésions de l'ovaire sont justiciables d'une intervention limitée.

2° L'ovarite diffuse et sa dégénérescence scléro-kystique sont dans ce cas.

3° Pour la première on fera l'ignipuncture de l'ovaire.

4° Pour la seconde, lorsque la lésion est limitée et constituée par un gros kyste folliculaire, celui-ci sera enlevé par la résection d'un segment de l'ovaire (les autres kystes seront ignipuncturés).

5° Il est indispensable que la trompe soit perméable pour pratiquer sur l'ovaire des opérations partielles.

6° Les opérations proposées pour rétablir la perméabilité de la trompe oblitérée n'ont qu'une valeur très contestable.

214. Traitement de l'ovarite simple par l'ignipuncture et la résection (Communication faite au 11e Congrès des Sciences médicales de Rome). (*Ann. de gyn.*, 1894, p. 565.)

Au moment de cette communication, j'avais pratiqué 27 opérations conservatrices de

l'ovaire dont 21 ignipunctures et 6 résections. Je crus devoir insister de nouveau sur ce point que les opérations partielles et conservatrices ne devaient porter que sur l'ovaire, et que, pour qu'on pût les tenter avec succès, il fallait que la trompe fût perméable, le cathétérisme de cette dernière constituant toujours le temps préliminaire de l'opération.

En me basant sur l'aspect des parties malades, j'établis dans l'ovarite non compliquée de salpingite les trois grandes divisions suivantes :

A. Ovarite scléro-microkystique.

B. Ovarite diffuse ou œdémateuse.

C. Ovarite mégalo-kystique à kyste folliculaire ou à kyste de corps jaune relativement gros (une noisette à un œuf).

J'ai de plus en plus substitué le thermocautère à l'instrument tranchant et fait l'ignipuncture au lieu de la résection.

Je décris ensuite le manuel opératoire, qui diffère légèrement suivant la variété de la lésion. L'*ignipuncture simple* suffit dans les ovaires micro-kystiques; j'insiste beaucoup sur la nécessité d'une ignipuncture profonde dans l'ovarite diffuse. Ici en effet l'ignipuncture doit être plutôt modificatrice qu'évacuatrice. Dans l'ovarite mégalo-kystique, je montre que l'ouverture et la cautérisation laisseraient subsister une paroi assez mince qui aurait tendance à se mortifier. Il faut donc d'abord ouvrir et réséquer avec les ciseaux la partie saillante du kyste; après cela on cautérise fortement la partie adhérente au tissu ovarien, et on réunit les bords de la plaie par un surjet de catgut.

Comme dans ma première communication, j'insiste sur l'absolue bénignité de cette opération, je signale les heureux résultats obtenus, et cite enfin l'exemple d'une de mes opérées qui est devenue enceinte et qui a accouché à terme.

215. Donnet. — Résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire (résection, ignipuncture), *Thèse de Paris*, 1895.

Mon interne a basé son travail sur 22 observations de malades qu'il a pu revoir à une époque éloignée du moment où je leur avais pratiqué des opérations conservatrices (résection, ignipuncture). Il a éliminé toutes les opérées dont l'intervention ne remontait pas à six mois; les premières opérations datent de plus de trois ans.

Toutes ces malades présentaient des lésions d'ovarite chronique avec des symptômes justifiant l'intervention. L'auteur a analysé successivement chaque observation et l'on peut résumer ainsi les résultats opératoires :

Sur 22 malades (opérées depuis plus de six mois), 13 ont présenté une guérison complète et définitive; sur ce nombre 4 sont devenues enceintes dont 3 ont accouché à terme d'un enfant vivant.

4 ont été très améliorées; et les douleurs semblent diminuer chez elles à mesure qu'on s'éloigne de l'opération.

Chez 1 malade on relève une amélioration passagère; enfin 2 opérées n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération, et l'on a été obligé plus tard de pratiquer une nouvelle intervention (ablation des deux annexes, hystérectomie vaginale).

216. Grossesse extra-utérine, opération suivie de guérison. Présentation d'une pièce. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 75.)

Au point de vue clinique on doit remarquer que la malade n'a jamais cessé d'être réglée et n'avait présenté ni métrorrhagies ni expulsion de caduque.

Le seul symptôme était une douleur très vive et persistante qui avait obligé la malade à s'aliter. Au point de vue anatomique, la pièce est curieuse par la présenee d'un petit embryon long de 21 millimètres parfaitement intact. Le sac était plein de sérosité sanguinolente; ses parois très épaisses et mamelonnées étaient infiltrées de sang. Il y avait eu là une apoplexie de cotylédons.

217. Accidents causés par le massage gynécologique. Présentation d'une pièce. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1895, p. 52.)

Il s'agissait d'une malade qui avait été massée pour des aeeidents douloureux attribués dan un service hospitalier de Paris à une aneienne hématocèle. Quelque temps après cette malade entra dans mon service en présentant des douleurs vives, des pertes de sang et les symptômes classiques de lésions annexielles. Je fus conduit à lui pratiquer une laparotomie, et je pus vérifier pendant mon opération qu'il s'agissait d'un double pyosalpinx avec abcès de périsalpingite récente. A l'examen des pièees on constate les altérations habituelles du pyosalpinx; mais il y avait en outre du sang épanehé dans leur cavité.

L'interprétation des lésions ne me parut pas douteuse, et c'est le massage qui avait provoqué les hémorrhagies intratubaires, et, ehose plus grave, la périsalpingite suppurée.

Le cas était partieulièrement instruetif et montrait combien le massage peut être dangereux et combien les indieations en sont diffieiles à préeiser.

218. Charrier. — Remarques sur l'évolution, la marche et le diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire d'après les documents et les observations recueillis dans le service du docteur Pozzi. (*Gaz. méd. de Paris*, 1895, p. 97).

Pendant l'année scolaire 1890-91 j'ai pratiqué deux fois la laparotomie pour des kystes dermoïdes de l'ovaire. Ces deux observations m'avaient fourni le sujet d'une leçon où j'insistais sur quelques points intéressants.

Dans les deux cas on note la stérilité; dans le premier eas elle s'expliquait par la dégénérescence dermoïde des deux ovaires; dans le second cas, l'autre ovaire était atrophié et scléro-kystique.

Dans les deux observations on constatait une vive douleur attirant brusquement l'attention de la malade. Cette douleur s'expliquait dans un eas par la torsion complète du pédicule.

Dans le deuxième j'ai soupçonné une torsion ineomplète, oceasionnant chaque fois qu'elle se produisait les crises douloureuses signalées dans l'interrogatoire de la malade.

Cette supposition était légitime, car on put constater à l'opération un pédicule très long et tordu modérément.

Dans un des, cas une suspension des règles, accompagnée de certains signes subjectifs de la grossesse, rendit le diagnostic longtemps hésitant.

Je remarquais, en terminant, que les kystes dermoïdes avaient le plus souvent une évolution silencieuse, qu'ils suppuraient quelquefois et que la torsion du pédicule était assez fréquente.

Ces deux malades guérirent.

219. A. Martin. — Note sur les accouchements faits à l'hôpital de Lourcine (service du docteur Pozzi), pendant une période de trois ans, 1890-91-92. (*Progrès médical*, 1893, p. 364.)

Pendant ces trois années il a été fait dans mon service d'accouchement affecté aux femmes syphilitiques 228 accouchements et fausses couches, dont :

144 accouchements à terme;

64 avant terme mais au delà de six mois;

20 fausses couches au-dessous de six mois.

Nous avons compté pendant cette même période 109 enfants seulement nés vivants, et ayant survécu du moins jusqu'à la sortie du service.

Ce chiffre prouve une fois de plus la gravité de la syphilis chez le fœtus et le nouveau-né. On sait, en effet, que le service de Lourcine n'admet que les femmes syphilitiques et vénériennes.

Malgré ces conditions défavorables et un isolement très incomplet, nous n'avons à enregistrer aucun décès qui soit dû à des accidents puerpéraux. Pourtant les accouchements n'ont pas toujours été simples et il a fallu faire des manœuvres obstétricales dans 25 cas.

Lorsqu'il y a rétention partielle des annexes fœtales, je fais toujours le curettage utérin, et toutes les fois, grâce à une intervention suffisamment précoce et grâce aussi à une antisepsie rigoureuse, les malades ont complètement guéri.

220. Rapport sur l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus. (*Congrès international de médecine*, Berlin, 1890, t. III, p. 46.)

J'avais eu l'honneur d'être chargé par le comité d'organisation du Congrès international de faire un rapport sur l'hystérectomie vaginale pour le cancer. Je me suis attaché surtout à décrire la meilleure technique pour cette opération.

221. Traitement de suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 203, et *Gazette hebdomadaire*, 1891, p. 188.)

Au moment où cette discussion s'est élevée au sein de la Société de Chirurgie, un véritable engouement poussait presque la totalité des chirurgiens à substituer l'hystérec-

tomie vaginale à la laparotomie, non seulement dans les cas de suppurations, mais encore dans toutes les inflammations bilatérales de l'ovaire et des trompes.

Je me jetai résolument en travers de cette tendance excessive et je revendiquai avec énergie les droits de la laparotomie.

Prenant ainsi l'initiative d'une réaction qui s'est de plus en plus dessinée, je saisis corps à corps les trois principaux arguments invoqués par mes adversaires pour démontrer la supériorité de leur méthode :

1° Absence de cicatrice;

2° La gravité moindre;

3° L'efficacité supérieure.

Je démontrai par mes propres statistiques que la laparotomie donne d'excellents résultats dans les différentes catégories de lésions des annexes. Je les ai divisées pour cette argumentation en plusieurs catégories :

A. Pyosalpinx et abcès pelviens comprenant :

1° Poches libres;

2° Poches adhérentes mais énucléables (fistuleuses ou non);

3° Poches très adhérentes non énucléables, avec ou sans fistules (véritables abcès pelviens).

B. Lésions non purulentes des annexes.

Je montrai combien dans cette dernière catégorie la laparotomie était précieuse en permettant de rectifier des erreurs inévitables de diagnostic et de substituer une opération partielle à une castration totale.

Enfin je fis justice de l'argument que j'ai appelé *cosmétique*, tiré de l'absence de la cicatrice, et je montrai comment avec une certaine technique on peut éviter toute difformité.

Bien que j'aie été amené plus tard à faire une certaine part à l'hystérectomie dans les cas de lésions des annexes adhérentes à l'utérus, l'argumentation précédente n'en subsiste pas moins dans ses points essentiels. Au moment où je parlais, au milieu d'une lutte très vive et en présence d'affirmations excessives, je devais nécessairement donner à mes propres affirmations un caractère net et quelque peu absolu.

Je crois avoir rendu un véritable service à la gynécologie française en l'empêchant de se laisser entraîner dans une voie dont on a pu depuis mesurer tous les excès.

222. Tuberculose primitive de la muqueuse utérine et des trompes. Présentation des pièces (utérus et annexes). (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 805.)

Il s'agissait d'une malade à qui l'on avait fait antérieurement trois curettages sans succès. Je fus amené à pratiquer l'hystérectomie à la suite de l'examen préalable d'un fragment de muqueuse qui avait décelé des follicules et des bacilles.

L'examen complet de la pièce montra qu'il s'agissait en effet d'une tuberculose primitive de la muqueuse utérine et des trompes. Celles-ci étaient adhérentes et épaissies, mais ne contenaient pas de pus.

Les suites opératoires furent normales et la malade guérit.

223. Traitement des suppurations pelviennes. (*Congrès français de chir.*, 1893, p. 622.)

Les gynécologistes sont divisés en deux camps, en France, relativement au traitement des lésions inflammatoires des annexes en général, car les lésions suppurées n'ont, on peut le dire, servi que de prétexte à un débat beaucoup plus étendu. Les uns, à la suite de M. Péan, posent comme règle l'hystérectomie toutes les fois que la lésion leur paraît bilatérale. Les autres considèrent cette opération comme exceptionnelle. Telle est ma manière de voir. Je suis arrivé à faire une part à l'hystérectomie que j'avais d'abord combattue sans réserve, afin de m'opposer à un engouement que je croyais excessif et dangereux.

Les résultats que j'ai obtenus montrent à la fois l'excellence de la laparotomie comme traitement des lésions des annexes, et le succès de ma technique. Voici les chiffres portant sur la totalité des laparotomies pour lésions des annexes qui ont été faites dans mon service de Lourcine-Pascal, au cours des deux dernières années de février 1891 à février 1893 (en y comprenant 30 opérations pratiquées pendant les vacances par M. Picqué). Il a été fait 162 laparotomies pour lésions inflammatoires bilatérales des annexes, savoir : 99 pour lésions non suppurées avec 99 guérisons et 63 lésions suppurées avec 58 guérisons et 5 morts. Si nous réunissons tous ces cas qui auraient dû être pour nos contradicteurs traités par l'hystérectomie vaginale, nous trouvons 162 laparotomies avec 157 guérisons, soit une mortalité de 3 pour 100. Et si nous mettons à part, comme on doit toujours le faire, les lésions suppurées, nous trouvons pour ces 63 cas 5 morts, soit 7,93 pour 100. Si je restreins considérablement le champ de l'hystérectomie vaginale, cependant je la considère comme une ressource précieuse dans certaines conditions spéciales que je me suis attaché à spécifier.

Je terminais par quelques considérations sur ma technique opératoire.

224. De l'hystérectomie comme traitement du prolapsus génital complet. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 112, et *Annales de gynécologie*, mars 1894.)

J'ai rappelé que cette opération était devenue classique à la suite d'un mémoire publié sous l'inspiration de Fritsch par Robert Ash en 1891. La question n'était donc pas nouvelle et je n'avais pas cru devoir publier quelques observations personnelles avant que le sujet ne fût remis à l'ordre du jour par cette discussion.

J'ai successivement étudié l'opportunité de l'opération, le manuel opératoire auquel je donne ma préférence, les résultats immédiats et éloignés.

1° Je ne considère l'hystérectomie vaginale indiquée que dans le cas où l'utérus est prolabé hors de la vulve et lorsque sa réduction doit porter obstacle au succès de la colpo-périnéorrhaphie. Pour être efficace elle devra être accompagnée de la résection d'un large segment du vagin et suivie de la restauration du périnée. L'opération m'a paru contre-indiquée chez les jeunes femmes et chez les vieillards atteints de débilité sénile marquée.

2° Les résultats publiés en France et à l'étranger permettent d'affirmer que l'opération donne de bons résultats quand on n'a omis aucun de ces trois éléments ; mais l'hystérectomie reste sans effet utile si elle est réduite à elle-même.

3° On peut procéder en une seule séance à l'hystérectomie, à la colpectomie, suivie de colporrhaphie, et à la périnéorrhaphie. Pour cela il faut se servir de ligatures à l'exclusion des pinces. Il y a avantage à procéder de la sorte quand il n'y a pas de contre-indications à une anesthésie prolongée durant une heure.

4° Il ne paraît pas indispensable, pour éviter la reproduction du prolapsus, de pratiquer une *colpopexie*, c'est-à-dire une suspension du fond du vagin en le suturant aux ligaments larges réunis à l'aide des procédés recommandés dans ce but par certains auteurs (Fritsch, Martin, Mac-Monagle, Quénu). Le processus normal de la cicatrisation après l'hystérectomie amène la formation d'une cicatrice ombiliquée où se trouvent soudés les moignons des ligaments larges, le péritoine et le vagin, sans le secours d'aucun artifice opératoire. On peut donc, sans inconvénient, simplifier et abréger les manœuvres en omettant ce temps spécial d'un effet purement théorique.

5° Le procédé le plus commode pour enlever à la fois l'utérus et un segment du vagin consiste à tailler un grand lambeau triangulaire en avant du col, un plus petit lambeau de même forme en arrière, et à les disséquer complètement avant de procéder à l'extirpation de l'utérus suivant la technique ordinaire avec ligature pour l'hémostase. On réunit ensuite la plaie vaginale antérieure par une suture continue au catgut à étages superposés, la plaie postérieure par des points séparés et l'on draine la cavité de Douglas avec une mèche de gaze iodoformée. La périnéorrhaphie est faite séance tenante par simple dédoublement du périnée et suture au fil d'argent.

225. Traitement des fistules recto-vaginales. (*Gaz. hebdomadaire*, 1892, p. 22.)

J'ai donné la description d'une série de procédés nouveaux dus à différents auteurs français et étrangers et je montre que dans l'immense majorité des cas l'opération de la fistule recto-vaginale doit consister en une colpopérinéorrhaphie plus ou moins modifiée.

226. Traitement des déchirures complètes du périnée. (*Congrès français de chir.*, 1893, p. 486.)

Il faut entendre par déchirures complètes du périnée celles où l'anus et la vulve sont intéressés. Dans la plupart des cas la cloison recto-vaginale est atteinte.

Je les opère par la méthode générale de Lawson Tait, à laquelle j'ai fait subir de profondes modifications, et voici comment je procède :

L'avivement est obtenu par dédoublement. Une incision transversale porte sur les débris de la cloison. Aux extrémités de celle-ci sont menées de haut en bas deux incisions verticales étendues des hauteurs des petites lèvres au pourtour de l'anus. Cela fait, on dissèque en décollant en haut le vagin et en arrière le rectum plus ou moins déchiré.

La suture est faite de manière à transformer la plaie horizontale en suture verticale. Trois fils d'argent servent de soutien ; l'un est placé sur le vagin, un deuxième sur la cloison recto-vaginale, un troisième sur le rectum.

L'affrontement est obtenu par un surjet au catgut à étages superposés réunissant entre elles les surfaces cruentées ; on serre ensuite les fils profonds, de soutien ; enfin une suture superficielle termine l'opération.

J'attache une plus grande importance que Lawson Tait à la mobilisation complète du rectum. Je fais passer ainsi la déchirure de l'intestin le long du vagin par un glissement de haut en bas de manière à extérioriser complètement la déchirure du rectum lorsqu'elle existe.

227. Epithélioma primitif de la partie supérieure du vagin; périnéotomie transversale. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 832.)

Ce procédé qui a été publié un peu après par Olshausen, qui paraît en avoir eu l'idée à peu près en même temps que moi, constitue une innovation dans le traitement opératoire du cancer vaginal.

L'ablation totale de la tumeur, dont les dimensions étaient environ celles d'une pièce de cinq francs, a pu être obtenue, dans le cas cité, par la technique suivante : dédoublement de la cloison recto-vaginale depuis le périnée jusqu'au cul-de-sac de Douglas qui est ouvert; avec le doigt enfoncé dans la plaie jusqu'au delà du néoplasme, on fait saillir ce dernier et l'on arrive à le délimiter et à l'extirper complètement avec les ciseaux en dépassant largement les limites du mal. Je suturai ensuite partiellement la plaie vaginale, et je plaçai une mèche dans le cul-de-sac péritonéal. Le périnée fut restauré à la Lawson Tait. La malade guérit sans incidents.

Je crois que c'est là une excellente méthode dans les cas où le cancer est profondément situé et que le vagin est étroit (ma malade était nullipare). Enfin le délabrement, qui a l'air excessif, guérit rapidement et la restauration est complète.

228. De l'hermaphrodisme. (*Gazette hebdomadaire*, 1890, n° 30, p. 351.)

La question de l'hermaphrodisme a présenté jusqu'ici de grandes obscurités. Je crois avoir apporté quelques éclaircissements par mes études sur la nature de l'hymen et sur ses relations avec la *bride masculine du vestibule* (voir plus haut les articles n°s 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11.) J'établis qu'il n'y a pas de faits indiscutables d'hermaphrodisme vrai dans l'espèce humaine, c'est-à-dire d'observations où les organes des deux sexes seraient réunis chez le même individu. Mais l'apparence d'un double sexe peut se rencontrer dans diverses circonstances par suite de malformations des organes génitaux, qui les ont arrêtés dans leur phase embryonnaire chez l'homme ou bien en ont développé excessivement certaines parties chez la femme. Les individus de la première catégorie sont incomparablement plus nombreux que ceux de la seconde, et la grande majorité des pseudo-hermaphrodites qui ont été décrits étaient des hypospades. Le criterium pour la détermination du sexe dans ces cas complexes est fourni par la présence ou l'absence des testicules ou des ovaires, et ce qui crée la principale difficulté dans certaines circonstances sur le vivant, c'est l'impossibilité de savoir quelle est la nature de la glande génitale placée dans les canaux inguinaux ou cachée dans le ventre.

Pour tracer un tableau d'ensemble de l'hermaphrodisme, j'ai cru utile d'établir les divisions suivantes :

1° *Pseudo-hermaphrodisme partiel* : il n'existe que quelques particularités d'un des sexes, avec prédominance évidente de l'autre. Cette classe comprendra deux variétés, les

gynandres et les *androgynes*, selon que l'individu appartient au sexe féminin ou au sexe masculin.

2° *Pseudo-hermaphrodisme proprement dit* dû à l'hypospadias périnéo-scrotal : les organes génitaux externes ont une disposition embryonnaire et par suite féminine. Le doute est levé par la recherche du testicule.

3° *Prétendu hermaphrodisme vrai* qui, admis sans hésitation par les anciens auteurs, est aujourd'hui contestable.

229. Kystes hydatiques de la région sacro-lombaire. (In Villard (H.), *Thèse du doctorat de Paris*, 1890.)

L'auteur rapporte une observation très curieuse de grand kyste des muscles de la masse sacro-lombaire que j'ai pu extirper complètement après avoir évacué la poche et l'avoir transformée en une tumeur solide par l'injection de blanc de baleine. Je crois cette observation unique et ce procédé précieux. La malade a complètement guéri.

230. Sur les tumeurs vasculaires de l'urèthre de la femme. (*Mercredi médical*, 1890, n° 29, p. 345.)

Ainsi que j'ai essayé de le démontrer, l'hymen chez la femme ne constitue pas un organe isolé, mais seulement la majeure partie de son appareil hyménal qui comprend : 1° la bride masculine du vestibule ; 2° l'encadrement du méat urinaire ; 3° l'hymen.

Si l'on examine avec attention le méat urinaire d'une petite fille ou d'une jeune fille vierge en attirant en bas l'hymen, on voit très bien le prolongement supérieur de cette membrane entourer l'orifice externe de l'urèthre par un véritable anneau qui forme la boucle supérieure très réduite d'un 8 de chiffre dont l'hymen figurerait l'énorme boucle inférieure. Ce 8 est surmonté par une mince bandelette verticale, la *bride masculine*, qui part du méat et se perd dans le tiers supérieur du vestibule. L'encadrement de l'urèthre forme chez certaines femmes un bourrelet saillant, de la partie inférieure duquel on voit se détacher une petite languette en forme de luette qui se renverse dans l'intérieur du canal. Cette dépendance de l'hymen est, parfois, tellement nette et distincte qu'on pourrait par analogie l'appeler un *hymen uréthral*. Comme l'hymen vaginal, il a pu constituer, anormalement, une membrane continue, donnant lieu à l'imperforation du méat urinaire ; comme lui, il peut offrir exceptionnellement une structure érectile, qui témoigne de son homogénéité avec le corps spongieux de l'urèthre de l'homme, dont l'appareil hyménal représente le tissu matriculaire non développé en charpente fibro-élastique non érectilisée.

Je crois les considérations précédentes propres à jeter un certain jour sur la pathogénie des tumeurs vasculaires du méat urinaire que j'ai décrites dans cet article.

231. Gros calcul vésical chez une femme retiré par les voies naturelles après dilatation progressive de l'urèthre au moyen des bougies de Hégar. Guérison sans incontinence d'urine. (*Gazette médicale de Paris*, 1887, p. 50.)

232. Présentation d'un rein polykystique (néphrectomie suivie de guérison). (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1891, p. 281.)

Il s'agissait d'un rein du côté droit mobile et polykystique que j'ai enlevé par voie transpéritonéale. L'opération avait été bénigne et la malade guérit rapidement.

Je fis suivre cette présentation des réflexions suivantes : je me suis contenté d'une incision médiane de petite étendue; je ne me suis nullement occupé de la poche résultant de l'énucléation, et je l'ai laissée retomber sans la fixer à la paroi abdominale et sans l'oblitérer. Seule la désinfection du pédicule, et en particulier celle de l'uretère, me paraît nécessaire; pour cela je me sers du thermo-cautère.

233. Des blessures de l'uretère au cours de la laparotomie. (*Ann. mal. org. génito-urinaires*, 1891, n° 8, et *Congrès fr. de chir.*, 1891, p. 606.)

La situation extra-péritonéale de l'uretère le met en général à l'abri des blessures pendant l'extirpation des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Mais lorsque celles-ci se développent au-dessous de la séreuse, deviennent rétro-péritonéales, elles entrent en rapports immédiats et souvent en connexions intimes avec les nerfs du plexus lombaire et les uretères.

Pendant les manœuvres d'énucléation, ces organes qui leur adhèrent peuvent souvent être blessés. Cette lésion a, sans doute, parfois passé inaperçue et a pu être la cause d'accidents mortels ayant reçu une autre interprétation. Lorsqu'elle est reconnue, la conduite à tenir soulève des problèmes très difficiles.

Trois cas peuvent se présenter : 1° on a affaire à une simple déchirure latérale sans solution totale de continuité; 2° la déchirure est complète et la continuité du canal est interrompue, mais sans que ses connexions soient détruites; 3° il y a rupture complète avec arrachement de l'un des bouts, généralement l'inférieur, qui se trouve disséqué dans une étendue plus ou moins grande.

Dans les deux premiers cas le chirurgien peut espérer obtenir une réparation complète de la blessure et conserver par suite l'intégrité de l'appareil uropoïétique. Il n'en est pas de même dans la troisième catégorie des blessures de l'uretère, où, avec une rupture, il y a un arrachement de l'un des bouts, assez étendu pour qu'il soit voué à la mortification et qu'une restauration soit impossible.

Dans ces cas-là, tous les efforts du chirurgien doivent se borner à éviter les terribles conséquences de l'effusion de l'urine dans le péritoine, soit par l'établissement d'une fistule urétérale, soit par la néphrectomie. Le choix entre ces deux opérations est commandé par l'état du sujet au moment de l'accident opératoire. La néphrectomie immédiate présente l'avantage de pouvoir être faite à travers l'ouverture abdominale encore béante. Mais il ne faut pas oublier que la commodité de l'opération est ici l'un des facteurs les moins importants; il faut tenir le plus grand compte, au contraire, de la perturbation profonde qu'apporte dans tout l'organisme la suppression brusque de la moitié de l'appareil dépurateur. Cette suppression, qui est grave en toute circonstance, le devient particulièrement lorsqu'elle est opérée sur un malade qui vient d'être profondément éprouvé par un grand traumatisme, et, de plus, soumis pendant longtemps à l'absorption du chloroforme. C'est

pourquoi il sera souvent préférable de différer la néphrectomie jusqu'après la guérison du premier acte opératoire, et, pour permettre cette attente, on pratiquera d'abord une fistule urétérale lombaire.

L'observation que je cite dans ma communication est un exemple de cette manière de faire. Je la terminais en mettant en relief les particularités suivantes : 1° les difficultés très grandes dans la détermination du côté auquel appartient l'uretère arraché, et dans les moyens mis en usage pour le déterminer; 2° l'utilité du tamponnement antiseptique du péritoine au niveau du bout vésical de l'uretère arraché comme drainage préventif de l'infiltration d'urine qui pourrait succéder à la mortification de ce canal; 3° innocuité de la sonde à demeure placée plusieurs jours dans l'uretère et le bassinet, grâce à une exacte antisepsie, et l'intégrité absolue du rein, après trois mois de fistulisation; 4° la rapidité avec laquelle s'est établie la suppléance de la fonction urinaire.

La malade a complètement guéri et jouirait actuellement d'une excellente santé si elle n'était atteinte d'un épithélioma de la langue.

234. Note sur un cas d'épispadias complet traité et guéri par la méthode de Thiersch. (*Communication faite à l'Académie de Médecine* le 29 janv. 1895). — *Ann. des maladies des organes génito-uterinaires*, 1895, p. 116.)

L'enfant que je présentai à l'Académie de Médecine avait un épispadias complet que j'ai guéri complètement par la méthode de Thiersch. J'ai mis en relief les avantages de cette méthode, qui compensent sa complication apparente.

Elle nécessite, il est vrai, plusieurs séances anesthésiques et opératoires, mais chacune de ces étapes est calculée de manière à éviter une cause d'échec.

L'établissement d'une fistule périnéale temporaire est capitale pour dériver l'urine, qui sans cela pourrait irriter les sutures.

Le temps principal consiste dans la reconstitution du fourreau de la verge à l'aide de deux lambeaux péniens superposés. Plusieurs temps complémentaires, tels que réfection d'un méat urinaire, oblitération de l'orifice sous-pubien, reconstitution d'un prépuce complet, conduisent au résultat final.

Dans mon cas les suites opératoires des séances successives ont été très simples, et le résultat final a été parfait. L'amélioration considérable de l'incontinence d'urine, déjà notée dans d'autres observations, mérite encore ici d'être signalée, — chez mon petit malade elle a complètement disparu le jour. (Cette communication a été l'objet d'un rapport très bienveillant de M. le professeur Berger. Voir *Bull. et Mém. de l'Académie de Médecine, t. XXXIII, p.* 368.)

235. Fistule stercorale datant de 5 mois, survenue après la laparotomie et paraissant consécutive à l'ouverture spontanée d'une ovarite suppurée dans l'S iliaque. Entérorrhaphie. Guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 575.)

Il s'agit d'une observation que j'avais mentionnée succinctement en février 1892 (voir *Bull. Soc. de Chirurgie*, 1892, février), au cours d'une discussion sur l'entérorrhaphie.

La perforation intéressait l'S iliaque au niveau d'une adhérence avec un pyosalpinx suppuré. L'opérateur, un de mes distingués confrères, ayant trouvé cette perforation au cours de la laparotomie, avait fixé l'intestin à la paroi.

La guérison spontanée ne survenant pas, je me décidai à l'opérer. Après l'ouverture du ventre, je trouvai trois anses intestinales agglutinées au niveau de la fistule. Je disséquai avec précaution le peloton intestinal; cette dissection fût faite à petits coups de ciseaux courbes. Après libération, on reconnut que l'intestin lésé était l'S iliaque. Restait à faire l'avivement et la suture de la perforation dont la largeur permettait l'introduction du pouce.

Je fis la suture par un surjet à la soie affrontant la muqueuse et fermant hermétiquement la cavité intestinale; je plaçai ensuite 17 points de suture isolés de Lambert.

Les suites furent des plus heureuses ; en effet, la malade se rétablit complètement, et la guérison datait de 5 mois et demi au moment de ma communication.

J'ai insisté de nouveau dans cette observation sur la nécessité de faire une première suture muco-muqueuse, oblitérant soigneusement la cavité de l'intestin avant d'affronter la séreuse. Cette précaution, jusqu'ici trop négligée par les chirurgiens, paraît actuellement adoptée.

236. De l'intervention opératoire dans les cas de perforation d'un ulcère simple de l'estomac (en collaboration avec le docteur Ricklin). (*Rev. internat. de thérap. et pharm.*, 1893, n[os] 1 et 2.)

Jadis les perforations de l'estomac par un ulcère occasionnaient presque fatalement la mort, et le médecin désarmé se contentait d'un traitement médical et de l'expectation. Aujourd'hui, après les progrès imprimés à la chirurgie abdominale par la vulgarisation des procédés d'asepsie et d'antisepsie, le médecin doit se demander si le secours de la chirurgie ne donnera pas au malade des chances d'échapper à cet accident presque toujours mortel.

Peut-on enrayer dans ces cas une péritonite en faisant une laparotomie, en obturant la déchirure et en procédant aux moyens actuels de désinfection?

Telle est la question que nous avons voulu traiter. Elle a été posée pour la première fois en 1884 par Mickulicz. Nous avons réuni et analysé dix observations dans lesquelles la chirurgie était intervenue; et nous en avons tiré les conclusions suivantes :

L'intervention opératoire est légitime en principe dans les cas de perforation d'un ulcère simple de l'estomac. Elle a donné un succès au D[r] Kriege (*Munchener med. Wochenschrift*, 1891, n[os] 33-34). La laparotomie suivie de l'oblitération de la solution de continuité peut donc sauver le malade dans des circonstances où l'éventualité d'une péritonite généralisée est à peu près inévitable.

Malgré les résultats peu brillants obtenus par d'autres opérateurs, l'opération doit être tentée. Nous avons fait ressortir les conditions favorables, les principales causes de mort et les circonstances défavorables à l'opération, qui deviennent parfois des contre-indications.

237. Cancer du rectum. Opération de Kraske. Guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 505.)

Il s'agissait d'une malade que j'avais opérée deux mois et demi auparavant, d'une

tumeur, que l'examen histologique a montré être un épithéliome cylindrique. On pensa un moment à lui pratiquer un anus iliaque; mais comme j'arrivai à sentir la tumeur à bout de doigt, je pensai préférable, étant donné qu'il restait 15 centimètres d'intestin sain au-dessous d'elle, de recourir à l'opération de Kraske. Celle-ci fut fort pénible. Après l'ablation de la tumeur, et la suture des deux bouts de l'intestin, je ne crus pas devoir réunir par-dessus toutes les parties molles. Cette précaution fut très utile : il se fit une petite déhiscence de la suture intestinale; celle-ci dura plusieurs jours et guérit ensuite spontanément.

La malade allait fort bien au moment de ma communication. Elle était lors de l'opération dans le plus triste état et avait paru un moment inopérable; depuis sa sortie de l'hôpital elle avait augmenté de 30 livres. La guérison s'est maintenue depuis; j'ai pu la revoir dernièrement (mai 1895); l'état local et général sont excellents.

258. Calcul biliaire enchatonné en partie dans le canal cholédoque, en partie dans la première portion du duodénum. Ictère chronique grave. Cirrhose biliaire hypertrophique. Duodénotomie. Extraction du calcul. Suture complète. Guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 630.)

Je pratiquai une laparotomie pour obvier à des accidents de lithiase biliaire avec obstruction incomplète du canal cholédoque qui avaient amené le malade au dernier degré du dépérissement et présentant un ictère intense. L'opération fut des plus laborieuses. Toute la face inférieure du foie était unie à l'intestin par des adhérences résistantes qu'il a fallu détruire pour arriver dans la région du hile. Après avoir pratiqué l'éviscération du côlon transverse, de l'estomac et de quelques anses d'intestin, on put sentir, au milieu d'adhérences rendant très difficile la détermination exacte des parties, une tumeur dure du volume d'une noix et siégeant au niveau du pylore. Le diagnostic fut alors hésitant, car on devait se demander s'il ne s'agissait pas d'un squirrhe limité à la région pylorique. On continua à libérer les adhérences, et l'on arriva à extraire un calcul du volume d'une grosse amande sèche. Introduit dans la loge de la tumeur, le doigt pénètre à gauche dans la cavité stomacale, après avoir franchi la valvule pylorique; explorant ensuite le reste de la cavité, on peut avec une sonde molle remonter vers le foie et descendre d'autre part vers la deuxième portion du duodénum.

Le calcul était donc inclus en partie dans le cholédoque ulcéré et en partie dans le duodénum au niveau de sa première portion. On referme ensuite soigneusement l'incision cholédoco-duodénale au moyen d'un surjet de catgut comprenant toutes les tuniques, et comprenant un deuxième plan de sutures à la Lembert, avec de la soie fine, renforcé par places d'un troisième rang de sutures séparées.

Les suites opératoires furent simples; le foie diminua peu à peu de volume, l'ictère disparut lentement, mais progressivement; les douleurs cessèrent dès le lendemain de l'opération. Au moment où la malade fut présentée à la Société de chirurgie (séance du 25 juillet 1890), la guérison était complète et s'est maintenue depuis (mai 1895).

239. F. Bernard. Épithélioma primitif du vagin. (*Thèse de Paris* 1895.) Cette thèse comprend plusieurs observations de mon service et la description des différents procédés opératoires, notamment de la périnéotomie-transversale préliminaire.

La périnéotomie transversale comme temps préliminaire de l'extirpation du cancer du vagin (*Revue internat. de thérap. et de pharmacologie* 1895, n° 4, p. 95).

Dans cet article j'établis la priorité de ma publication sur celle de Olshausen, et je rapporte en entier l'observation qui n'a été que résumée ailleurs. Je fais suivre des remarques suivantes.

La périnéotomie transversale est une opération délicate; on a vu par l'observation précédente que j'ai légèrement blessé la partie inférieure du rectum, et que j'ai eu un assez fort écoulement de sang. Enfin, quoique ce procédé permette d'aborder facilement le mal et de l'extirper par suite minutieusement, il ne met pas à l'abri d'une prompte récidive. Celle-ci doit être attribuée uniquement à la nature maligne du néoplasme, et ne diminue en rien l'excellence de la méthode.

Celle-ci a, il est vrai, une portée opératoire toute différente selon que le vagin est plus ou moins envahi; dans les cas où ce canal est infiltré par le néoplasme jusqu'à la partie inférieure, la dissection de la cloison recto-vaginale s'impose au chirurgien comme celle de toutes les limites du cancer, et elle ne constitue pas, à proprement parler, un temps qui mérite d'être spécifié. Elle ne devient réellement originale que si le néoplasme siège à la partie supérieure du vagin, laissant au-dessous de lui une portion saine de ce conduit. Alors la périnéotomie transversale constitue une opération préliminaire, très comparable à la résection ou à la mobilisation du sacrum, qui précède l'extirpation des cancers élevés du rectum par la méthode de Kraske. Ici, comme là, il s'agit de donner du jour pour le temps principal qui est l'extirpation du néoplasme, et, dans l'un et l'autre cas, on fait un dégât préliminaire en apparence considérable, pour arriver facilement à des parties difficilement accessibles sans cela.

J'ajoute qu'un autre point de contact existe entre la nouvelle opération pour le vagin et le procédé de Kraske pour le rectum; c'est que l'un et l'autre s'adressent à des néoplasmes séparés de l'orifice extérieur (anus ou vulve), par une longueur notable de ce canal sain (rectum ou vagin) qu'il importe de ménager et de conserver.

Je n'ai parlé ici que de la périnéotomie transversale appliquée au cancer du vagin, et en particulier de sa portion supérieure. Cette opération est-elle recommandable dans le cas où l'utérus est envahi séparément ou en même temps que ce conduit? Olshausen n'hésite pas à le faire dans ce dernier cas. Je me permettrai sur ce point de formuler des réserves.

Remarquons d'abord que cette dernière opération n'a rien de nouveau; c'est elle qui a été d'abord proposée par O. Zuckerkandl, puis mise en pratique par Frommel et divers autres chirurgiens. Or je crois que cette voie périnéale est beaucoup plus compliquée que la voie vaginale, et que le canal artificiel, qu'on crée par le dédoublement de la cloison, n'offre pas plus de commodité que le canal naturel, après qu'on a fait à la vulve de pro-

fondes incisions libératrices sur les côtés que je n'ai pas hésité à pratiquer, quand il en est besoin.

Lorsqu'on a extirpé l'utérus, il est toujours facile de réséquer le vagin de haut en bas en accrochant avec des pinces la tranche supérieure. Mais, si cette opération est possible, est-elle vraiment utile? Pour moi j'ai été amené par l'expérience à m'abstenir de l'hystérectomie suivie de résection du vagin, toutes les fois que la paroi vaginale est envahie de plus d'un travers de doigt au delà de son insertion sur le col. Dans les cas de ce genre, comme dans ceux où le mal a dépassé l'enceinte utérine vers les ligaments larges, et où l'organe a perdu sa mobilité, l'opération dite radicale est illusoire, les lymphatiques sont déjà pris au loin, et l'on expose la malade à de réels dangers car la récidive se fait rapidement. Je préfère alors me borner à une opération palliative, bénigne, consistant en curage et cautérisations énergiques et répétées.

240. Observation de greffe urétérale dans la vessie (urétéro-néo-cystostomie) pour remédier à une blessure de ce canal au cours d'une laparotomie. Guérison. Résultats éloignés. (*Communication faite à l'Académie de médecine*, le 26 mars 1895.)

Il s'agit d'une malade chez laquelle, au cours d'une extirpation laborieuse d'un kyste du ligament large du côté gauche adhérent de toutes parts et ayant dû être disséqué de ses connexions profondes, l'uretère gauche fut sectionné près de son insertion vésicale. On ne put retrouver le bout inférieur de ce canal, mais on put s'assurer par une injection vésicale qu'il était imperméable. Je me décidai alors à greffer le bout rénal de l'uretère dans un point voisin de la vessie. Pour cela je fis une boutonnière de 1 centimètre environ au niveau de la partie moyenne de la face postérieure de la vessie, et j'y implantai l'extrémité de l'uretère à l'aide de deux rangées de sutures à la soie, la première comprenant les muqueuses, la seconde les tuniques séreuses et musculaires. Les suites opératoires furent des plus simples et la guérison complète. Elle datait de 9 mois au moment de ma communication.

Au cours d'une laparotomie faite récemment chez la même malade pour enlever les annexes droites atteintes d'hydrosalpinx, je trouvai que l'uretère greffé ne présentait aucune autre lésion qu'une légère dilatation; celle-ci semble devoir être attribuée au reflux possible de l'urine quand la vessie est distendue.

VII. — DIVERS

241. Rapport sur les prix de la Société d'ethnologie. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 1879, p. 586-589.)

242. Rapport sur la création d'un congrès annuel de chirurgiens de langue française. (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1884, p. 439-443, 445.)

Ayant pu apprécier, pendant mes voyages à l'étranger, l'utilité des congrès médicaux, je me fis le défenseur ardent de l'idée de ce congrès, émise par M. le professeur Demons, de Bordeaux. La Société de chirurgie, sur mon initiative, nomma une commission chargée d'examiner le projet de M. Demons. J'ai été nommé rapporteur de la commission, puis secrétaire général du comité d'organisation du congrès et enfin secrétaire général de toutes les sessions qui se sont succédé depuis 1885 jusqu'en 1894. Je fus nommé alors secrétaire général honoraire, après que j'eusse cédé la place de secrétaire général à mon secrétaire général adjoint M. Picqué.

243. Paul Broca, biographie et bibliographie. (*Revue d'anthrop.*, 1880, 2e sér., t. III, p. 577-608.)

Ce travail a donné lieu à des recherches biographiques très étendues.

244. Biographie scientifique, P. Broca. (*Revue scient.*, 1881, 3e sér., t. II, p. 2-12.)

245. Contre l'internat en médecine des femmes. (*Revue scient.*, 1884, t. XXXIV, p. 536-538.)

246. Le mot *macrobe* et le mot *microbe*. (*Revue scient.*, 1885, t. XXXI, p. 448.)

Discussion philologique sur l'historique et l'étymologie de ces deux mots.

247. Les habitants de la Hongrie, anciens et modernes. Paris, Boussod et Cie, 1887, in-4°, 27 pages (avec figures).

248. Note sur le traitement de la syphilis par le thallium. (*Gaz. méd. de Paris*, 1883, p. 147-150; en collaboration avec mon élève M. Courtade.)

249. De l'emploi des préparations d'hydrastis canadensis en médecine, (*In* Cabanès (A.), *Th. de doct.*, Paris, 1889.)

250. Inculpation d'avortement (affaire C. et D.). (*Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, 1881, 3e sér., t. V, p. 319.)

Exposé de quelques arguments qui ont été favorables à la défense.